Nr. 51. 21. grudnia 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

DR. ADAM CHEŁMOŃSKI

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 6. listopada zmarł Dr. Adam Chełmoński, wieloletni współwłaściciel Gazety Lekarskiej i gorliwy jej współpracownik.

Była to postać niepowszednia. Już samą swą powierzchownością wywierał wrażenie niezwykłe, a łagodnością swego obejścia i niewysłowioną dobrocią czarował otoczenie; miał przedziwny dar trafiania na właściwy ton w rozmowie z chorymi, posiadał umiejętność stosowania się do każdego ich poziomu i otaczał ich prawdziwie ojcowską tkliwością — to też wzbudzał do siebie nieograniczone zaufanie i miłość wśród licznego szeregu chorych, tłumnie garnących się do niego.



Był to umysł trzeźwy, nawskróś realistyczny: w djagnozie ostrożny, zwykł się opierać jedynie na faktach, klinicznie sprawdzonych i zawsze wolał przyznać się do niewiadomości, niż fantazją nadrabiać to, czego wykryć nie mogło ścisłe badanie przedmiotowe.

Terapja Jego wielokrotnie tchnęła pewną oryginalnością: odskakiwała nieraz jaskrawo od powszechnie przyjętych szablonów, ale była ona zawsze gruntownie przemyślana i na dużym materjale trafnych spostrzeżeń osobistych oparta.

Jakby intuicją jakąś kierowany miewał on pomysły śmiałe: już w r. 1895 stosuje wyciągi gnilne w leczeniu chorób zakaźnych, a taki znawca bakterjologji, jak prof. Nitsch, pochlebnie omawiając te próby Chełmońskiego pisze, że praca ta niestety zupełnie zapomniana »bezwzględnie na to nie zasługiwała«. Dzięki bystrej spostrzegawczości Chełmoński podczas wojny światowej pierwszy spostrzegł i opisał szczegółowo t. zw przez niego „głodowy zanik kości", sprawę tę, przez innych polskich lekarzy jeszcze bardziej pogłębioną, dopiero znacznie później opisali badacze zachodni.

Chełmoński miał swoiste pojęcie o t. zw. »przeziębieniu«, daleko odbiegające od utartego wśród publiczności, a nawet lekarzy szablonu, z którym walczył przez całe życie piórem i słowem.

W jednej z prac swoich Chełmoński w sposób oryginalny omawia stosunek dusznicy oskrzelowej do powiększenia gruczołów okołooskrzelowych, w innej znów wyraża swój pogląd na etjologję gośćca zniekształcającego, upatrując w tem cierpieniu tło przymiotowe i odpowiednio do tego zalecając leczenie swoiste. Brak miejsca nie pozwala nam bliżej rozpatrzeć całej spuścizny naukowej Chełmońskiego, na którą składa się szereg prac poważnych, oraz kilka popularnych, można jednak powiedzieć ogólnikowo, że we wszystkich publikacjach, czy to większych, czy mniejszych — a liczba ich dochodzi do kilku dziesiątków — tkwi jakaś myśl głębsza, jakieś spostrzeżenie trafne, jakieś ujęcie swoiste sprawy lub jej pogłębienie, dowodzące, iż był to umysł z wielu względów niepowszedni. Słusznie też Biegański nazywa Chełmońskiego „autorem mało płodnym, ale oryginalnym".

Chełmoński urodził się dnia 16 stycznia 1861 r. we wsi Teresin ziemi Sochaczewskiej. Po ukończeniu w r. 1880 gimnazjum V w Warszawie wstąpił pierwotnie na wydział przyrodniczy Uniw. petersburskiego, a następnie przeniósł się na wydział lekarski Uniw. warsz., który ukończył z odznaczeniem w r. 1885. W tym samym roku wyjechał za granicę, gdzie studjował hydroterapję, przeważnie pod kierunkiem dr. J. Czerwińskiego w Fürstenhofie.

Od roku 1885 do 1891 pracował jako asystent, prowadzący zajęcia kliniczne ze studentami, pierwotnie w klinice djagnostycznej prof. Baranowskiego, a po opuszczeniu przez ostatniego katedry, w klinikach djagnostycznej i terapeutycznej prof Holnikowa.

Od roku 1885 pełnił obowiązki lekarza szkoły kolejowej Dr. Żel. W. W., dając dowody nadzwyczajnej bezinteresowności w ciężkich dla szkoły chwilach przełomu politycznego, częstokroć nawet niosąc pomoc materjalną niektórym wychowańcom szkoły, którzy z czcią niezwykłą wspominali imię tego opiekuna.

W r. 1891 mianowany został w drodze konkursu ordynatorem Szpitala Dziec. Jezus w Warszawie i na tem stanowisku przepracował lat prawie 30. Był to ulubiony teren Jego działalności. Własnym kosztem wyposażał oddział w odpowiednie książki, aparaty i odczynniki w chwilach, gdy szpitalnictwo za panowania rosyjskiego było po macoszemu traktowane; tylko dzięki wielkiej bezinteresowności i bezprzykładnej gorliwości ordynatorów tego pokroju, co Chełmoński, ówczesne oddziały szpitalne stać mogły na poziomie nauki zachodniej. Tu spędzał on długie godziny, poświęcając je chorym i wyszkoleniu asystentów, którzy garnęli się zawsze licznie pod jego skrzydła opiekuńcze, tu nawiązywała się nić serdecznej przyjaźni i życzliwości między »majstrem«, a jego uczniami, którzy czcią głęboką i miłością otaczali swego nauczyciela. Ta atmosfera szpitalna zdawała się mu być nieodzowną do życia, bo gdy silnie nadwątlone zdrowie nie pozwalało mu już pracować, jeszcze jednak z trudem i wysiłkiem wielkim przybywał na oddział dla spędzenia tu przynajmniej kilku chwil na pogawędce z asystentami. Chełmoński zapoczątkował w szpitalu Dziec. J. pierwsze w Warszawie systematycznie odbywające się posiedzenia kliniczne, których najgorliwszym był uczestnikiem; on w znacznej mierze swą inicjatywą przyczynił się do założenia pierwszego „Pamiętnika klinicznego".

W r. 1893 Chełmoński bierze czynny udział w organizacji i prowadzeniu pierwszego w kraju sanatorjum dla gruźliczych, założonego przez dr. Geislera w Otwocku.

Od r. 1894 do 1901 pełnił bezinteresownie obowiązki lekarza Zakładu dla starców i kalek Warszaw. Tow Dobroczynności.

W r. 1904 powołany został na członka Komitetu Kasy im. Mianowskiego i obowiązki te sprawował przez lat siedm.

Pracowity był żywot tego człowieka przedwcześnie, bo w 63 r. życia zgasłego, zawsze skromnego, stale unikającego wszelkich zaszczytów i odznaczeń, pełnego pobłażania dla bliź

nich, a surowego w ocenie własnych postępków. Nie znosząc walk partyjnych, ani waśni społecznych, które nie licowały z głębokim nastrojem Jego duszy, pędził żywot zdala od zgiełku światowego i śmierć go też nawiedziła w ustronnem zaciszu, a na własne życzenie bez żadnych ostentacji pochowany został na cmentarzu parafialnym w Grodzisku przy gromadnym udziale ludności miejscowej, która bez różnicy stanu i wyznania w niezmąconej ciszy żegnała po raz ostatni swego opiekuna.

Adam Lande.

Prace oryginalne.

Dr. E. ARTWIŃSKI. Kraków.

O leczeniu porażenia postępującego zimnicą.

Z oddziału chorób nerwowych i umysłowych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prym.: Doc. dr. E. Artwiński.

I.

Przystępując do sprawozdania z wyników leczenia porażenia postępującego zimnicą, pragnąłbym też podzielić się wiadomościami o losie chorych szczepionych gorączką powrotną.

W pracy *»O próbach leczenia porażenia postępującego gorączką powrotną«* [1]) podałem, że na szesnastu szczepionych u dziesięciu uzyskaliśmy zwolnienie całkowite. Siedmiu z tych chorych mam w obserwacji i dalsze ich dzieje w krótkości tu przytoczę.

Będę się trzymał tych samych liczb pod jakimi chorzy ci są umieszczeni w pracy wyżej przytoczonej.

Przypadek I.

Chory w dniu 5. kwietnia 1921 r. opuścił klinikę, i od tej pory aż po dzień dzisiejszy czuje się zupełnie zdrów i pracuje zawodowo, jako artysta malarz.

29. III. 1924 r. wykonano badanie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego z następującym wynikiem: odczyn Wassermanna z surowicą krwi i płynem mózgowo-rdzeniowym ujemny, odczyn Nonne Apelta słabo dodatni ($^1/_{10}$ pleocytoza c. b. $3^1/_3$ c. cz. $^2/_3$ w 1 mm³.

Chory ten już przeszło trzy lata żyje w zupełnem zwolnieniu objawów chorobowych, a płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje, jak wynika z badań poprzednich i ostatniego, stosunki prawidłowe.

Przypadek VI.

Chory od dnia 3. VII. 1921 r. pracuje w swoim zawodzie jako dentysta. Psychicznie nie wykazuje żadnych śladów przebytej choroby, a z objawów cielesnych stwierdza się jedynie nieznaczne osłabienie w oddziaływaniu źrenic na światło i lekkie przytępienie czucia bólowego na kończynach.

Badanie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego przeprowadzone w dniu 1. V. 1924 r. dało wynik następujący: odczyn Wassermanna z surowicą krwi ujemny, z płynem mózgowo-rdzeniowym silnie dodatni, odczyn Nonne Apelta silnie dodatni, pleocytoza c. b. $5^1/_3$.

Przypadek VII.

Chory od chwili opuszczenia szpitala w dniu 10. VII. 1921 r. pracuje zawodowo, jako masarz. Po badaniu sądowo-lekarskiem przeprowadzonem przed rokiem zdjęto z niego kuratelę i od tej pory zupełnie samodzielnie prowadzi swój sklep masarski.

Wynik badania z dnia 1. V. 1924 r.: odczyn Wassermanna z surowicą krwi ujemny, z płynem mózgowo-rdzeniowym ujemny, odczyn Nonne Apelta ujemny, pleocytoza c. b. 4 w 1 mm³.

Przypadek IX.

Chory w grudniu 1921 r. opuścił klinikę, pierwotnie nie mógł znaleźć posady a obecnie przeszło od roku pracuje w cukrowni, jako inżynier chemik.

Prymarjusz Dr. A. Domaszewicz, który ma go obecnie w swojej opiece lekarskiej, w liście z dnia 9. V. 1924 r. donosi: »Przedmiotowo i podmiotowo stan chorego jest nadspodziewanie dobry. Jest na posadzie w cukrowni, pracuje bez zarzutu, jako chemik, dobrze rachuje, w stosunkach rodzinnych i służbowych zupełnie poprawny.

Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego przeprowadzonego w pierwszych dniach maja 1924 r. jest następujący: pleocytoza ustąpiła, białko i globuliny prawidłowe, a odczyny złota i mastix z *paralysis progressiva* zmieniły się na *lues latens*. Jedynie odczyn Wassermanna jest w płynie dodatni«.

Przypadek XV.

Chory od chwili opuszczenia szpitala w dniu 21. VII. 1922 r. pracuje, jako profesor gimnazjalny.

Badanie z dnia 28. XII. 1922 r. wykazuje: odczyn Wassermanna z surowicą krwi ujemny, z płynem mózgowo-rdzeniowym — ujemny, odczyn Nonne Apelta słabo dodatni, pleocytoza 13 w 1 mm³.

Badanie z dnia 3. I. 1924 r.: odczyn Wassermanna z surowicą krwi ujemny, z płynem mózgowo-rdzeniowym silnie dodatni, odczyn Nonne Apelta słabo dodatni, pleocytoza 6[1] w 1 mm³.

W przypadku tym uderza powrót dodatniego odczynu Wassermanna w płynie obok słabo dodatniego odczynu Nonne Apelta i zmniejszenia się pleocytozy w stosunku do przedostatniego badania.

Przypadek XI.

Chorego od chwili opuszczenia kliniki w dniu 23 X I. 1921 r. nie widziałem osobiście, udało się jednak listownie zebrać o nim trochę wiadomości.

W liście z dnia 25. IV. 1924 r. pisze żona chorego, że »dla kogoś obcego niewtajemniczonego w istotny stan rzeczy jest normalnym, małomównym człowiekiem, czyta gazety, książki, interesuje się polityką, grywa w preferansa i winta«. Szuka posady, ale właściwie utrzymuje go rodzina, a więc i w tym przypadku możemy stwierdzić, że sprawa chorobowa nie postępuje naprzód, a stan psychiczny chorego w ciągu $2^1/_2$ lat od ukończenia leczenia ani się nie pogorszył, ani się też nie poprawił, bo braki i ubytki psychiczne z jakimi chory opuścił klinikę są już trwałe i nie pozwalają mu na podjęcie zajęć zawodowych. W tym przypadku otrzymaliśmy powstrzymanie sprawy chorobowej, ale niestety z ubytkami psychicznemi.

Chory sam w liście z dnia 30. IV. 1924 roku napisanym, zarówno pod względem treści, jak i formy bez zarzutu, donosi mi, że czuje się zupełnie dobrze.

Przypadek XVI.

Chory od dnia 15. V. 1922 pracuje zawodowo jako kamieniarz. Osobiście chorego nie widziałem, mam jednak od niego wiadomości listowne.

O pozostałych trzech chorych, wypisanych z kliniki w zwolnieniu objawów chorobowych, mimo starań, nie udało mi się wydobyć żadnych wiadomości.

Streszczając się stwierdzamy, że u trzech chorych leczonych gorączką powrotną zwolnienie trwa trzy lata, u dwóch $2^1/_2$ lat i u dalszych dwoch 2 lata. Sześciu z tych chorych uzyskało zdolność do pracy zawodowej i to wysoce złożonej, gdyż pełnią czynności chemika, profesora gimnazjalnego i t. p. Siódmy chory pozornie zdrów do zajęć zawodowych nie mógł powrócić. U dwóch chorych stwierdzamy nietylko zupełne zdrowie psychiczne, ale i prawidłowe stosunki płynu mózgowo-rdzeniowego, a u pozostałych trzech chorych, u których mieliśmy możność ponownego badania płynu mózgowo-rdzeniowego utrzymuje się jedynie dodatni odczyn Wassermanna, gdyż inne odczyny właściwe porażeniu postępującemu albo zupełnie zniknęły, albo też znacznie osłabły.

Przechodzimy obecnie do sprawozdania z wyników leczenia porażenia postępującego zimnicą.

II.

W 1917 r. Wagner Jauregg zakaził zimnicą w celach leczniczych dziewięciu porażeńców. Następnie szczepienia te przerwał, aby czas mógł rozstrzygnąć o skutkach tego nowego sposobu leczenia. Ponieważ te próbne szczepienia dały wyniki zupełnie zadowalające, gdyż na dziewięciu chorych zakażonych u czterech otrzymał zupełne zwolnienie, a u dwóch częściowe, przeto od sierpnia 1919 r. podjęto w klinice Wagnera dalsze próby i już na znacznie większej ilości chorych, bo do końca 1921 r. zaszczepiono zimnicą około 200 chorych.

W miarę dalszego opracowywania leczenia zimnicą ustalono też i pewne przeciwwskazania. Muehlens, omawiając niebezpieczeństwa tego leczenia, zwraca uwagę, że zimnicą można szczepić chorych jedynie w przestrzeniach wolnych od komarów, w klinikach lub szpitalach, a nigdy w mieszkaniach prywatnych. Radzi też, aby przed zakażeniem wypróbować, czy dany chory dobrze znosi chininę. W czasie zimnicy zaleca częste badania krwi, a przy upadku sił, żółtaczce i nadmiernej ilości zarazków natychmiastowe przerwanie zimnicy uważa za konieczne. Według Muehlensa chorzy po ukończonej gorączce powinni jeszcze trzy do czterech tygodni pozostać w opiece szpitalnej.

Chorych charłaczych nie radzi szczepić. Powszechnie zwracają też uwagę, aby nie szczepić zimnicy podzwrotnikowej *(malaria tropica)*, a śmiertelne przypadki po szczepieniu zimnicą, jakie stwierdzono w Holandji, Norwegji, przypisują temu, że używano tam tej odmiany zimnicy. To byłyby

[1]) Pol. Gaz. Lek. Nr. 15. 1923 r.

wszystkie ważniejsze przeciwwskazania, jakie ustalono dla tego nowego sposobu leczenia.

Od sierpnia 1921 do końca stycznia 1924 roku zakaziliśmy zimnicą 70 chorych (64 mężczyzn i 6 kobiet) Z pośród 70 chorych szczepionych zagorączkowało 63 chorych czyli u 10% szczepionych nie udało nam się wywołać napadów zimniczych. Taką samą odsetkę nieudanych szczepień jak nasza, stwierdził też Weygandt. Reese i Peter z kliniki Nonnego w 5%, nie stwierdzili napadów, a Gerstmann z kliniki wiedeńskiej jedynie w 2,5%. Odnosi się wrażenie, że o przyjęciu lub nieprzyjęciu się zimnicy rozstrzygają właściwości osobnicze, a nie szczep, którym zakażamy, bo nieraz przy zakażaniu tą samą krwią i w tej samej ilości jedni chorzy dostawali typowych napadów zimnicy inni szczepieni z tego samego źródła i w tym samym czasie co i poprzedni nie zagorączkowali, a różni chorzy szczepieni tą samą krwią i w tej samej ilości zaczynali gorączkować w różnym czasie.

Jako materjał do zakażenia służy nam krew, pobrana z żyły chorego w czasie napadu zimnicy. Zakażaliśmy naszych chorych przez zastrzyknięcie im 4 cm³ krwi podskórnie lub 2 cm³ wśródżylnie. Po szczepieniu podskórnem pierwszy napad zimnicy występował najczęściej 12 lub 13 dnia, w dwóch przypadkach spostrzegaliśmy pierwsze napady dopiero 22 i 23 dnia od chwili szczepienia, u dwu innych chorych widzieliśmy pierwszy napad zimnicy już po 6 dniach. Po szczepieniu dożylnem okres utajenia jest przeciętnie krótszy, niż po szczepieniu podskórnem, bo pierwsze napady występowały najczęściej 7 lub 8 dnia. Najdłuższy okres utajenia po szczepieniach wśródżylnych trwał dni 14 i 16. W jednym natomiast przypadku wystąpił pierwszy napad już po 24 godzinach, a u kilku chorych widywaliśmy pierwsze napady zimnicy 3, 4 i 5 dnia po szczepieniu. Weygandt oblicza okres od szczepienia do wystąpienia pierwszego napadu na 10 do 15 dni dla szczepienia podskórnego i na 5 do 8 dni dla szczepienia wśródżylnego.

Pierwszego porażeńca zaszczepiliśmy krwią chorego zimniczego, u którego stwierdzono trzeciaczkę, a następnie uzyskawszy już raz ten szczep przenosiliśmy zarazek, sposobem wyżej podanym z chorego na chorego. Przeszczepialiśmy w ten sposób kilkadziesiąt razy i nie zauważyliśmy ani wzmożenia ani też osłabienia jadowitości zarazka zimniczego. Pod tym względem dane nasze są zgodne z wynikami innych klinicystów, którzy też wielokrotnie przenosząc zimnicę z porażeńca na porażeńca nie dostrzegali ani wzmożenia — ani osłabienia jadowitości zarazka zimniczego. Weygandt przeszczepił w ten sposób zimnicę 40 razy.

Przeciętnie chorzy nasi przebywali 12 do 14 napadów zimniczych; tam, gdzie było to wskazane, przerywaliśmy napady oczywiście wcześniej.

Nie zauważyliśmy żadnego związku między ilością przebytych napadów, a jakością, względnie brakiem poprawy stanu psychicznego. W jednym przypadku uzyskaliśmy całkowite i szybkie zwolnienie już po 8 napadach, natomiast u dwóch innych chorych 18 napadów (najwyższa ilość, jaka wogóle była) nie dało żadnej poprawy. To samo możemy też powiedzieć o wysokości i ilości godzin gorączki, które były, jak prawie identyczne krzywe wykazują, takie same u tych chorych, którzy opuścili szpital z poprawą, jak też i u chorych bez poprawy. Ciepłota waha się najczęściej w granicach od 40° do 41° C; dreszcze występują niezawsze. U dziesięciu naszych chorych, a więc u 15%, gorączki ustąpiły bez podawania jakichkolwiek leków. Muehlens i Kirschbaum uważają to za zjawisko rzadkie. U innych chorych przerywaliśmy napady chininą podawaną wewnętrznie, a w razie potrzeby szybszego działania, wśródżylnie. Nawrotów zimnicy nie dostrzegaliśmy. Po ukończeniu leczenia zimnicą stosujemy salwarsan.

Z pośród 70 chorych, jak już podałem, zagorączkowało 63.

Na 70 chorych stwierdziliśmy poprawę u 32 chorych (45,7%), nie okazywało poprawy 28 chorych (40%), zmarło 10 (14,3%). Oczywiście, jeżelibyśmy obliczali odsetkę w stosunku do ilości chorych, którzy zagorączkowali, to otrzymalibyśmy liczby odpowiednio zmienione. Omówimy obecnie dokładniej każdą z tych poszczególnych grup, rozpoczynając od grupy pierwszej. Jak podałem, wypisaliśmy ze szpitala 32 chorych z poprawą, ale musimy tę grupę podzielić jeszcze na dwie podgrupy:

A) chorych, którzy opuścili szpital, jako całkowicie zdolni do swojej pracy zawodowej i

B) chorych z pewnymi ubytkami psychicznymi, zdolnych jedynie do mniej odpowiedzialnej i niezbyt trudnej pracy.

Chorych w grupie A mamy 19 czyli 27% a w grupie B 13 czyli 18,7%. Muszę tu zauważyć, że niejednokrotnie chorzy wypisani i zaliczeni do grupy B jeszcze w domu poprawiają się nadal i z czasem wracają do swoich zajęć czyli przechodzą do grupy A. Podajemy tu jednak takie liczby, jakie możemy stwierdzić w czasie, kiedy chory opuszcza szpital.

Powstaje oczywiście pytanie z jakiemi postaciami porażenia postępującego spotykamy się w grupie A i B? W grupie A znajdujemy u 8 chorych stan maniakalnego podniecenia z urojeniami wielkościowemi, 4 chorych apatycznych i otępiałych, 4 otępiałych przygnębionych, 2 otępiałych z chwilowymi stanami podniecenia, 1 chorego z *taboparalysis*, przygnębionego. W grupie B 11 chorych otępiałych z przygnębieniem lub apatycznych i 2 chorych z *taboparalysis* z otępieniem. Czas trwania choroby do szczepienia wynosił u 11 chorych grupy A do 6 miesięcy a u pozostałych 8, od 12 do 16 miesięcy, jedynie u chorego z *taboparalysis* zmiany psychiczne miały trwać około 2 lat W grupie B niema ani jednego chorego szczepionego w pierwszem półroczu choroby, najwcześniejsze szczepienia przypadają na 8 i 9 miesiąc choroby, 3 chorych było szczepionych w 24 miesiącu choroby a 1 chory nawet pod koniec trzeciego roku. Z przytoczonych tutaj liczb, uderza nas fakt, że największa ilość całkowitych zwolnień, z uzyskaniem pełnej zdolności do pracy zawodowej, przypada na chorych szczepionych w pierwszych 6 miesiącach choroby, oraz wielka odsetka chorych z maniakalną postacią porażenia postępującego; wśród grupy B nie mamy ani jednego chorego z formą maniakalną. Czas trwania zwolnień obliczamy w grupie A od 29 miesięcy do 1-go miesiąca, w grupie B od 24 miesięcy do 1-go miesiąca. W czasie gorączek spostrzegaliśmy czasami u chorych spokojnych stany podniecenia niejednokrotnie o charakterze bredzenia gorączkowego.

Niezmiernie trudno jest odpowiedzieć na pytanie kiedy występują zwolnienia, tem bardziej, że powstają one niejednakowo, czasem prawie nagle, bezpośrednio po spadku gorączki, lub też już w czasie ostatnich gorączek widoczną jest poprawa; u innych chorych daje się zauważyć poprawę w czasie ostatnich gorączek, ale ta czasem okazuje się złudną, bo ze spadkiem gorączki występuje znowu pogorszenie stanu psychicznego. U innych znów chorych poprawa wzmaga się stale i stopniowo i to jeszcze w ciągu kilku tygodni lub miesięcy po ukończeniu leczenia. Naogół odnosimy jednak wrażenie, że im wcześniejszy okres, w którym zaczynamy leczenie, tem poprawa jest szybsza i lepsza.

Grupa II

obejmuje 28 chorych wypisanych z oddziału bez poprawy. Wśród tej grupy chorych spotykamy następujące postacie porażenia postępującego: 3 chorych maniakalno-euforycznych, 2 chorych z katatoniczną postacią porażenia postępującego, 1 chory z *taboparalysis*; u pozostałych 22 zanotowano postać z otępieniem i przygnębieniem ponadto u 2 chorych ataki padaczkowe. Czas trwania do szczepienia przedstawia się następująco: 6 chorych szczepiliśmy w pierwszem półroczu choroby; u pozostałych 22 chorych czas trwania choroby wynosił od 1 do 3 lat.

Grupa ta wykazuje, że nie wszystkie postacie nawet we wczesnych okresach choroby, nie wyłączając postaci maniakalnej. są zdolne do poprawy, bo zakaziliśmy 6 chorych w pierwszem półroczu trwania choroby, wśród których były 3 postacie maniakalne, i nie uzyskaliśmy poprawy. Na podstawie naszych doświadczeń nie możemy tak optymistycznie oceniać wyników leczenia, jak to czyni Herrmann, opierając się na badaniach niemieckiej kliniki psychjatrycznej

w Pradze i oceniając odsetek zwolnień we wczesnych okresach porażenia postępującego na 100%. Na podstawie naszego doświadczenia przyjąćby należało, że około 8,5% leczonych nawet w pierwszych miesiącach choroby, niezależnie od postaci klinicznej nie wykazuje poprawy po wpływem leczenia zimnicą.

Grupa III

obejmuje 10 zmarłych. Podałem na wstępie, że śmiertelność wynosi 14,5%, ale jest to istotnie odsetka za wysoka bo, jak zobaczymy, nie wszyscy ci chorzy zmarli wskutek zimnicy. Jeden z tych chorych z *paral. prog. fulminans* zmarł po kilku tygodniach choroby, a w 3-m dniu po szczepieniu jeszcze przed wystąpieniem gorączki. 2-gi chory mimo 2-krotnego szczepienia nie zagorączkował, we krwi zarazków zimnicy nie znaleziono i zmarł w kilka miesięcy po szczepieniu. Wreszcie trzeci chory zmarł w 4-m roku choroby, a w kilka tygodni po ukończeniu napadów zimnicy, które znosił zupełnie dobrze. Sądzę, że u tych trzech zmarłych śmierć nastąpiła prawdopodobnie bez związku ze szczepieniem, więc po odliczeniu ich odsetka śmiertelności z powodu zimnicy wynosi 10%. Z pozostałych 7-u trzech zmarło w czasie napadu zimnicy, 4-ty również w czasie gorączki w stanie padaczkowym, a u trzech ostatnich dołączyło się ogólne zakażenie krwi z powodu odleżyn. 4-ej chorzy zmarli w czasie napadu zimnicy w pierwszym roku choroby, a jako bezpośrednią przyczynę śmierci stwierdziliśmy niedomogę mięśnia sercowego. Ci 4-ej chorzy zmarli niewątpliwie z powodu zimnicy. Ostatni trzej chorzy, zmarli z powodu zakażenia, byli wszyscy w daleko posuniętych okresach cierpienia i odnoszę wrażenie, że zimnica była może tylko jednym z wielu czynników, z których każdy sam przez się był dostatecznym powodem do zejścia śmiertelnego, zimnica może jedynie zejście śmiertelne przyśpieszyła.

Musimy też zauważyć, że materjał wspomnianych 70 chorych nie był materjałem specjalnie dobieranym, bo szczepiliśmy prawie wszystkich chorych, jacy na oddział przybywali, czasami wprost z konieczności, aby utrzymać hodowlę zimnicy, gdyż świeże przypadki, z których moglibyśmy brać krew dla naszych chorych zdarzają się w Krakowie rzadko. Nasze wyniki statystyczne są mniej więcej takie same, jak i innych klinicystów, może nasza grupa bez poprawy jest procentowo wyższa, aniżeli klinicystów niemieckich, ale ci oznaczali jako poprawę nawet minimalne zmiany a chorych poprawionych, dla których my mamy tylko dwie grupy, klinicyści niemieccy dzielą na kilka podgrup.

Nasza grupa A odpowiada i ich grupie A. W grupie A uzyskaliśmy 27% polepszeń, ta sama grupa według Weygandta wynosi 26% a więc liczby prawie takie same. Grupie B odpowiada grupa zdolnych do pracy zawodowej z pewnemi ograniczeniami; u nas 18,7% a według Weygandta 22% U chorych z poprawą wprowadza Weygandt dalszy podział: na zdolnych do pracy 10% i cokolwiek zdolnych 6%. Gdybyśmy byli wprowadzili taki sam szczegółowy podział i notowali nawet te najdrobniejsze poprawy to nasze 40% bez poprawy byłoby też niewątpliwie zmalało na korzyść grupy z znaczną poprawą.

Odsetkę śmiertelności mamy zbliżoną do kliniki Nonnego, gdzie wynosiła ona 10,[illegible]. Teoretycznie i praktycznie jest rzeczą ważną, że badania przeprowadzone na dużym materjale i zupełnie niezależnie od siebie dają wyniki liczbowo prawie zgodne. Weygandt wśród trzystu chorych, leczonych zimnicą, u 10 po wybitnej poprawie spostrzegał nawroty. Wśród naszych chorych zanotowaliśmy nawroty występujące prawie z taką samą częstością, jak u Weygandta, bo na 70 chorych trzy razy. Pierwszy nawrót wystąpił u chorego zakażonego zimnicą w czerwcu 1921 r. po 24 miesięcznej znacznej poprawie.

W lipcu 1923 r. zjawiła się bezsenność, apatja, płaczliwość, zaburzenia pamięci.

12. VII. 1923 r. ponowne szczepienie zimnicą bez wyniku, chory ten nie zagorączkował.

3. VIII. 1923 r. opuścił szpital bez poprawy, zabrany przez żonę; przebywał kilka miesięcy w domu ale z powodu wzmagającego się pogorszenia umieszczono go w zamkniętym zakładzie psychjatrycznym.

Drugi nawrót choroby spostrzegaliśmy u chorego zakażonego zimnicą 24. VII. 1922 r. z powodu otępienia umysłowego w przebiegu porażenia postępującego.

Chory ten w dniu 9. XII. 1922 roku opuścił oddział z poprawą, po 7 miesiącach powrócił jednak z wybitnem pogorszeniem, poprawa u tego chorego trwała tylko 6 miesięcy. U trzeciego chorego, u którego zanotowaliśmy nawrót choroby zwolnienie trwało 4 miesiące.

Wszyscy ci trzej chorzy wypisani byli ze znakiem grupy B (t. zn. z pewnymi ubytkami psychicznemi), u chorych z całkowitą poprawą nie zauważyliśmy, przynajmniej dotychczas, nawrotów. U 12 chorych badaliśmy płyn mózgowo-rdzeniowy przed i po leczeniu zimnicą U trzech chorych, żyjących w zupełnej remisji, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, przeprowadzone po roku, wykazało, że 4 odczyny, które przed leczeniem były wszystkie wybitnie dodatnie, dały następujące wyniki: u 1-go chorego odczyn Wassermanna z krwią średnio silnie dodatni, z płynem mózgowo-rdzeniowym — ujemny, odczyn Nonne Apelta — dodatni, pleocytoza 77. U drugiego chorego wszystkie odczyny wypadły ujemnie, za wyjątkiem odczynu Wassermanna z płynem, który z jednym antygenem wypadł silnie dodatnio. Trzeci chory, który od listopada 1922 roku jest w zupełnej remisji, i pełni swoje obowiązki jako urzędnik kolejowy, wykazuje w płynie mózgowo-rdzeniowym badanym w dniu 27. III. 1924 roku wszystkie trzy odczyny silnie dodatnie z wyjątkiem pleocytozy (3). U pozostałych 9 chorych ponowne badania były przeprowadzane prawie bezpośrednio po ukończeniu leczenia zimnicą i salwarsanem. U dwóch z pośród tych chorych (jeden z grupy A, drugi z grupy B) wszystkie odczyny wypadły ujemnie z wyjątkiem pleocytozy, która się utrzymała ($21^1/_3$ i $9^1/_3$). U pozostałych 7 chorych zarówno z grupy A jak i B nie stwierdziliśmy wybitniejszej poprawy w płynie z wyjątkiem pleocytozy, która prawie u wszystkich 8-u chorych wybitnie zmalała, podczas gdy inne odczyny pozostały bez zmiany. Gerstmann na podstawie dużego materjału kliniki wiedeńskiej stwierdza, że niema wielkich różnic w płynach chorych całkowicie i częściowo poprawionych, a dalej, że niema związku między poprawą kliniczną, a płynem mózgowo-rdzeniowym. Zupełnie prawidłowe stosunki w płynie stwierdził Gerstmann tylko u 4 chorych, a u 15 zauważył poprawę.

Nie stwierdziliśmy nigdy u naszych chorych ani powrotu odruchów ścięgnistych tam, gdzie ich nie było, ani też wybitniejszej poprawy w oddziaływaniu źrenic na światło. Lekkie zaburzenia czucia może znikają, silniejsze pozostają bez zmiany.

III.

W związku z leczeniem porażenia postępującego nasuwa się szereg pytań, natury teoretycznej, praktycznie bardzo doniosłych. Czy istotnie rozpoznajemy wczesne okresy porażenia postępującego? Słuszną wydaje się uwaga Hochego, że to co w klinice nazywamy wczesnem porażeniem postępującem, anatomicznie jest już okresem końcowym przebiegów zwyrodnieniowych, które mogły narastać w ciągu lat, lub też nawet dziesiątków lat zanim uwidoczniły się pierwsze dostrzegalne t. zn. wczesne objawy choroby A drugie pytanie: jakie to czynniki chorobotwórcze współdziałają w powstawaniu porażenia postępującego? Według Hochego czynnikami temi są: zanik komórek i włókien nerwowych oraz jady bakteryjne, a wspólnem źródłem dla nich krętek blady. Tym dwom czynnikom chorobotwórczym mogłyby też odpowiadać i dwa szeregi zjawisk klinicznych.

Stopniowy rozpad psychiczny odpowiadałby narastającemu zwyrodnieniu włókien nerwowych, a rozległa skala wtórnych objawów klinicznych (zmienność nastrojów, zmiany świadomości, urojenia i t. p) miałyby swój odpowiednik w czynnikach toksycznych. Że jady odgrywają tu istotnie ważną rolę to możemy o tem wnioskować przez porównanie choćby z obrazem wrzekomego porażenia postępującego alkoholowego, gdzie czynniki toksyczne mają znaczenie pierwszo-

rzędne, boć z chwilą ustania ich działania wszystkie objawy wrzekomego porażenia mogą zniknąć bez śladu.

Przytoczyłem tu dokładnie rozważania Hochego, bo wydaje mi się, że mogą one być bardzo pomocne przy teoretycznych rozważaniach o leczeniu porażenia postępującego.

Widzimy, że zmiany zwyrodnieniowe zniknąć oczywiście nie mogą, a w najlepszym razie muszą pozostać choćby w znaczeniu »blizny«. Możemy sobie natomiast wyobrazić, że czynniki toksyczne mogą pod wpływem leczenia zmniejszyć się, zmienić lub też nawet i na jakiś czas zupełnie zniknąć. Dalsze wnioski. W przypadkach, gdzie zmiany zwyrodnieniowe są bardzo rozległe, a w związku z tem i rozpad psychiczny jest już daleko posunięty nie możemy spodziewać się ani odrodzenia się tkanki nerwowej, ani też, co za tem idzie, poprawy stanu psychicznego. W przypadkach jednak, gdzie zmiany zwyrodnieniowe nie są jeszcze zbyt rozległe możemy sobie wyobrazić, że ubytki te mogą być zastąpione przez inne komórki czy włókna, które jeszcze zwyrodnieniu nie uległy i mogą objąć czynność zastępczą. Na tych utajonych rezerwach i możności przerwania działania toksycznego opieramy swoją wiarę w możność wyleczenia, w klinicznem tego słowa znaczeniu, pewnej ilości przypadków porażenia postępującego. Zmiany kliniczne, które ustąpiły musimy odnieść albo do ustąpienia działania jadów, albo też do zastępczej czynności komórek i włókien nerwowych, które objęły pracę za komórki i włókna bezpowrotnie zanikłe. W przypadkach jednak zupełnego nawet wyleczenia i całkowitego powrotu sprawności psychicznej, bardzo często, prawie zawsze, widujemy zniekształcenia źrenic, brak lub też osłabienie odczynu świetlnego źrenic i nierówności w odruchach ścięgnistych. Otóż to są zmiany niewątpliwie związane z takiemi zwyrodnieniami tkanki nerwowej, gdzie niema już mowy ani o zastępstwie ani o znaczeniu działania jadów, a ubytki tkankowe nie mogąc ulec wyrównaniu pozostają na stałe. Doświadczenie kliniczne poucza, że przebyta zimnica, względnie gorączka powrotna, wpływają pomyślnie na przebieg porażenia postępującego, gdyż u wielu chorych po przebyciu tych cierpień stwierdzamy zwolnienia. Jest to najprostsze spostrzeżenie, które dziś już częstokroć stwierdzamy.

Wyjaśnienie ściślejsze mechanizmu tego zjawiska napotyka na niemałe trudności. Zagadnienie wcale nie nowe, bo już w 1887 r. Wagner-Jauregg, zastanawiając się nad wpływem chorób gorączkowych na cierpienia umysłowe, zauważył, że mamy przed soba równanie z dwiema niewiadomemi. Wiele już lat od tej chwili upłynęło, kiedy Wagner wyraził to swoje sceptyczne twierdzenie, dużo też zdołaliśmy się dowiedzieć o jednej i o drugiej niewiadomej, ale dalecy jesteśmy jeszcze od tego, abyśmy mogli to równanie rozwiązać. Zależnie oczywiście od chwili i prądów naukowych podstawiano bardzo różnorodne wartości pod te stare niewiadome.

Pierwotnie sądzono, że lecznicze działanie jest wyrazem gorączki lub fagocytozy, dzisiaj w okresie serologji i leczenia proteinowego inne rodzą się pomysły i nowe powstają próby tłumaczenia. Weygandt, Kirschbaum, Plaut, Steiner sądzą, że czynnikiem leczniczym jest uczynnienie ciał ochronnych przeciwkiłowych, które mają rzekomo powstawać równocześnie z ciałami odpornościowemi przeciw zimnicy.

W czasie gorączki ma się podnosić miano odpornościowe, ma się powiększać ilość zlepników i przeciwciał, zawartych we krwi, podobnie, jak alexyn i opsonin. W ten sposób ma powstawać zjawisko, które Plaut i Steiner określają jako przeniesienie odpornościowe, gdyż ciała zmobilizowane przeciw zarazkom zimniczym mają też atakować i krętki.

Te teoretyczne przypuszczenia zostały poparte badaniami anatomicznemi Sträusselera i Koskinas'a. Autorowie ci wykazali wzmożenie się stanów zapalnych na preparatach z mózgów porażeńców, zmarłych w czasie leczenia zimnicą. U chorych zaś zmarłych w jakiś czas po ukończeniu leczenia zimnicą badania histologiczne wykazały obrazy podobne do tych, jakie zostały opisane przez Alzheimera i Jakoba w tak zwanem porażeniu stacjonarnem. W leczeniu porażenia postępującego chorobami gorączkowemi wysuwają więc podobne przypuszczenia, jak przypuszczenia Weichardta lub Widala dla leczenia proteinowego. Sposób leczenia zimnicą nie jest jeszcze w szczegółach opracowany i pozostaje nadal na warsztacie wielu klinik i pracowni.

Na podstawie obecnego stanu rzeczy możemy jednak stwierdzić, że t. zw. 4 odczyny nie mogą nam już wystarczyć i nie mogą nam służyć ani jako wskaźniki, ani też jako sprawdziany postępowania leczniczego. Według Kaltenbacha odczyn mastixowy jest dostatecznie czuły i ma wykazywać poprawy i pogorszenia zgodne z wahaniami stanu psychicznego. U porażeńców nieleczonych mają się utrzymywać stale te same wyniki, u chorych z poprawą ma występować zmiana na lepsze w odczynie, a u leczonych bezskutecznie ma się odczyn zachowywać podobnie, jak i u chorych nieleczonych.

Z badań Poetzla wynika, że odczyn hemolityczny Weila-Kafki daje również zgodne wyniki ze zmianami stanu psychicznego, czego o 4-ch odczynach powiedzieć nie można. Jeżeli badania Kaltenbacha i Poetzla uzyskają potwierdzenie na liczniejszym materjale, to w odczynie hemolitycznym i mastixowym uzyskalibyśmy wskaźnik, który mógłby być bardzo pomocnym dla naszego postępowania leczniczego. Boć nie wiemy przecież jak długo potrwają te zwolnienia, a musimy się liczyć z faktem, że chorzy kiłowi w szereg lat po przebyciu szczepienia zimnicą dostawali porażenia postępującego. Znane są jednak przypadki, że chorzy szczepieni, po nawrocie porażenia, powtórnie zimnicą wracali do zdrowia

Kończąc stwierdzam, że dotychczasowe wyniki leczenia porażenia postępującego zimnicą, jak wykazały doświadczenia licznych klinicystów niemieckich, a u nas Wizla i Prussaka oraz własne spostrzeżenia, dowodzą, że leczenie to daje najlepsze wyniki, gdyż zwolnienia są i liczniejsze i trwalsze, aniżeli u chorych leczonych innemi sposobami lub też wcale nieleczonych. A dalej, im wcześniej rozpoczynamy leczenie zimnicą, tem większe możemy mieć nadzieje uzyskania całkowitego i dłużej trwającego zwolnienia.

Miło mi jest złożyć na tem miejscu podziękowanie Prof. J. Piltzowi, za pozwolenie zużytkowania klinicznych historji chorób, Dr. Ostrowskiemu, za opracowanie zestawień części statystycznej tej pracy, Doc. Kostrzewskiemu, za przeprowadzone badania serologiczne, Płk. Dr. Maciągowi, za dostarczenie nam chorych zimniczych do szczepienia oraz Dyrektorowi Dr. Zagórskiemu i Dr. W. Stryjeńskiemu, za katamnezy chorych, pozostających obecnie w Kobierzynie.

Piśmiennictwo.

1) E. Artwiński. Pol. Gaz. Lek. Nr. 15, 1923. — 2) Dattner. Klin. Wochen. Nr. 5, 1924. — 3) Gerstmann. Zeit. f. d. ges. Ner. u. Psych. 74, 1922. — 4 Hoche Deut. Zeit. f. d. Nervenheil. 68, 69. 1921. — 5) Herrmann. Med. Klinik. Nr. 14, 1924. — 6) Kaltenbach. Zeit. f. d. ges. Ner. u Psych. 84. — 7) Muehlens. Klin. Wochen. Nr. 52, 1923. — 8) Pöenitz. Münch. med. Woch. Nr. 23, 1923. — 9) Reese i Peter. Med. Klin. 12, 1924. — 10) Weygandt. Münch. med. Woch. Nr. 8, 1922. — 11) Tenż... Klin. Woch. Nr. 47, 1923. — 12) Wizel i Prussak. Warszaw. Czas. Lek. Nr. 3, 1924.

Dr. Władysław DOBRZANIECKI, Lwów.
asystent kliniki.

Z organicznych schorzeń pępka.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm.

Pępek, stanowiący w życiu dojrzałego ustroju zwykłą bliznę, nie powinienby dawać tyle i tak różnorakich zjawisk, zarówno pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym, gdyby nie jego skomplikowana budowa w życiu embrjonalnem. Sam fakt jednak, że różne twory ustroju, jak przewód pępkowo-jelitowy (*ductus omphalomesentericus* , jak omoczna (*allantois*), naczynia krwionośne, galareta Whartona, pozostająca z pierścieniem pępkowym przez dłuższy lub krótszy czas w związku, a dalej losy następowe tychże tworów, które

mogą się wstrzymać na tym, czy innym etapie procesu zanikowego — wyjaśniają nam dostatecznie, dlaczego właśnie pępek, nie obarczony poza łonem matki żadną funkcją, jest w powłokach brzusznych predylekcyjnem miejscem dla rozmaitych zmian patologicznych, które skłoniły Quénu i Longuet'a do podania dla nich terminu »omphalopathie«. W ustroju dojrzałym stanowi pępek, jak wiadomo, z jednej strony, z racji swej budowy anatomicznej, *locus minoris resistentiae,* z drugiej z ś strony jest stacją węzłową dróg chłonnych, ważną co do rozpoznania i rokowania przy szerzeniu się spraw nowotworowych, wychodzących z narządów jamy brzusznej i małej miednicy.

Zanim przejdę do zreferowania zmian nowotworowych, których punktem wyjścia jest pępek, chciałbym w krótkości podać te rzadkie dane, które w patologji pępka są interesujące przedewszystkiem pod względem klinicznym. Pomijając więc takie stany, jak przepukliny pępkowe, jak narośl grzybowatą pępka *(fungus umbilici)*, jak krwawienia *(omphalorrhagia)*, zdarzające się u noworodków przy stanach septycznych i zakażeniu kiłowem, ostrem zwyrodnieniu tłuszczowem i skazie krwotocznej, a u dorosłych przy wrzodziejących nowotworach, pomijając dalej zapalne zmiany naczyniowe (*arteriitis et phlebitis umbilicalis*), wrzód pępka (*ulcus umbilici*) na tle zakażenia łańcuszkowcami, lub na tle błonicy, pomijając dalej różę i wypryski, co wszystko razem możnaby określić jako normalną patologję pępka, rzadziej spotyka się tu przebicia pępka, przy ropnych zapaleniach otrzewnej z samowyleczeniem (Mendl), przetokę kałową jako następstwo tego samego schorzenia (Sieveking), zapalenie okołopępkowe (inflammation périombilicale), mające być znamiennem według Vallin'a i Robert'a dla gruźlicy otrzewnej a, w pewnych przypadkach, dla jej rakowatości, *periomphalitis*, z następowem wypadnięciem jelita (Mendl), przetoki kałowe pępka, jako następstwo czyraczności względnie ropowicy w jego otoczeniu, charakterystyczną ropowicę podpępkową (*phlegmon sousombilical*) Hertaux, kamienie pępkowe, powstałe z brudu i wydzieliny skóry, złogi w ropniu okołopępkowym, składające się z mas tłuszczowo ziarnistych, węglanu wapnia, złuszczonych nabłonków i włókien z odzieży (Bufalini), wylewy krwawe i zgorzel dokoła pępka, powstałe u dziecka po płonicy (Southey), krwawienia i skrawienie luetycznego osobnika z tętniaka, umieszczonego poza pierścieniem pępkowym, a powstałego prawdopodobnie skutkiem zlania się obu tętnic pępkowych (Eisenschütz). Jedyne w swoim rodzaju są wypadki, jak n. p. Bergmanna, który po nacięciu ropnia okołopępkowego usunął kłos żytni (miał go rzekomo chory połknąć przed rokiem) i Pétrequin'a, gdzie kobieta celem spędzenia płodu wprowadziła zgłębnik maciczny głęboko do pochwy, a nie mogąc go wyjąć, zgłębnik ten pozostawiła. Po poronieniu, w cztery miesiące później, pojawiło się w okolicy pępka obrzmienie, w którem można było wyczuć główkę zgłębnika. Pétrequin naciął w tem miejscu i ze zrostów wydobył zgłębnik.

Do innej grupy zaliczyłbym te przypadki, które już niewątpliwie wskazują na zaburzenia rozwojowe, czy to w zakresie przewodu pępkowo-jelitowego, czy też moczownika. A więc tu należeć będą wrodzone przetoki kałowe (Jacoby) i moczowe pępka. Na specjalną uwagę zasługują przetoki moczowe pępka, występujące dopiero w późniejszym wieku, jak n. p. po zwężeniu cewki moczowej, skutkiem przebytej rzeżączki (Jacoby) lub po ostrem zapaleniu pęcherza (Worster).

Paget w dwóch przypadkach z otwartego moczownika usuwał przez przetokę pępkową kamienie moczowe. Przez przetokę pępkową wydostawały się też niejednokrotnie entozoa, pasożytujące w jelitach i ciała obce, zawarte w tychże, kamienie żółciowe i t. d. (Berner, Pasquale, Davaine, Nicolas, Bergmann).

Do tejże grupy wad rozwojowych należy zaliczyć również torbiele pępka, względnie jego okolicy, których punktem wyjścia według racjonalnego podziału Schildhausa może być:

1) nabłonek otrzewnej,

2) moczownik,

3) pozostałości przewodu pępkowo-jelitowego, wreszcie

4) torbiele, zbudowane z błony śluzowej przewodu pokarmowego, a niekiedy o innem utkaniu (n. p. *pancreas aberrans*), a więc powstałe niezawodnie na tle odpryśnięć tychże tworów w czasie rozwoju embrjonalnego (Roser, Zumwinkel, Wutz, Colmers, Dubs, Seisser, Lauche). Tu też należy przewidzieć ewentualne kombinacje na tle tego podłoża embrjonalnego, mogące nam dać bardzo zagmatwane i niejasne stosunki, nie mówiąc już o takich następstwach, jak w wypadku Schildhausa gdzie rozszerzony przewód pępkowo-jelitowy, otwarty na wewn trz, wydzielał śluz do jamy brzusznej i dał w następstwie zmiany śluzakowate otrzewnej (*pseudomyxoma peritonei).*

W odniesieniu do punktu pierwszego — ważnym tu genetycznie może być wedle Rosera odsznurowany worek przepukliny pępkowej, względnie pozostałość fizjologicznej przepukliny pępka (Seisser, Lauche). Moczownik — zdaje się — może być bardzo często źródłem torbieli, gdyż jak to wykazały badania Wutza przeprowadzone na 74 zwłokach, *lig. vesico umbilic. med.* zwyczajnie już obfituje w cały szereg drobnych lub większych cyst.

Powstawanie zaburzeń rozwojowych wychodzących z przewodu pępkowo jelitowego najlepiej uzmysławia nam praca Zumwinkla. Możemy więc mieć:

1) Wrodzoną przetokę kałową, gdy przewód pępkowo-jelitowy pozostaje drożny w całej rozciągłości (Jacoby) — (ryc. 1).



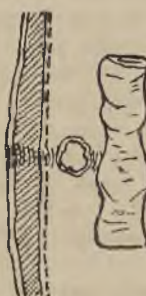
Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.



Ryc. 5.



Ryc. 6.

2) Uchyłek Meckela, gdy tylko przyjelitowa część przewodu jest zachowana. Uchyłek może leżeć w wolnej jamie brzusznej (ryc. 2.) lub być przytwierdzonym do pępka przy pomocy zarośniętego obwodowego odcinka *ductus omphalo-mesenter* (ryc. 3).

3) Enterokystoma, nazwane tak przez Rotha, jeśli środkowa część przewodu zostaje odsznurowana bez związku z pępkiem lub jelitem (ryc. 4). Przy utrzymanym zaś związku przewodu pępkowo jelitowego z powłokami brzusznemi mogą zachodzić dwie odmiany, albo

4) Torbiel leży pod powłokami, ale przedotrzewnowo (Roser) z wydzieliną śluzową na zewnatrz (ryc. 5).

5) albo też, jak w wypadku Zumwinkla leży tuż pod skórą (ryc. 6).

W ostatnich dwóch wypadkach może też przyjść do wywinięcia (*inversio*) błony śluzowej na zewnatrz i wówczas mogą powstać twory o charakterze prolapsu (Zumwinkel, Chandelux, Lannelongue i Fremond). Mechanizm ten jednak przez niektórych autorów jest kwestjonowany.

Z innych tworów o cechach torbieli, jednakowoż nie charakterystycznych dla lokalizacji, należałoby wspomnieć o torbielach skórzastych i kaszakach (Blum, Lannelongue i Frémont).

Przechodząc do nowotworów pępka należy raz jeszcze podkreślić jego budowę w związku z rozwojem embrjonalnym, jako bardzo ważne histogenetycznie podłoże, na którem przyjść może do ich bujania. Albowiem skóra wraz z gruczołami w niej zawartymi, blizna pępkowa, otrzewna, przewód pępkowo-jelitowy, moczownik, naczynia — są to wszystko elementy, które same przez się lub w łączności z zaburzeniami rozwojowemi stanowić mogą podatne tło dla nowotworów, zwł szcza, jeśli uwzględnimy w myśl teorji Virchowa moment drażniący, którym może być mechaniczne drażnienie, brud i wydzielina gruczołów skórnych (Blum), przepukliny pępkowe (Mintz) ciąża, lapiratomja, (Herzenberg, Meyer) i t. p.

Z nowotworów dobrotliwych spotykamy tu rozszerzenie naczyń włosowatych (*teleangiectasia*) znamiona, brodawki, tłuszczaki, śluzaki, brodawczaki, włókniako-brodawczaki, włókniaki, naczyniaki, chłoniaki, a wreszcie gruczolaki. Gruczolaki specjalnie w odniesieniu do pępka mają za sobą bardzo obszerną literaturę, sporną w wielu punktach co do ich histogenezy i tej też sprawie dłuższą wzmiankę poświęcić muszę.

Pojęcie adenoma w związku z pępkiem wprowadza po raz pierwszy do literatury Küster w roku 1877. Autor ten badając drobnowidowo 10 grzybowatych narośl pępka w dwóch z nich stwierdził budowę, odpowiadającą budowie jelita. Dwa te przypadki odniósł początkowo do omoczny, podając równocześnie różnice kliniczne, jakie zachodzić mają między naro lą grzybowatą a gruczolakiem.

Kolaczek już poprzednio opisał analogiczne twory pępka pod nazwą »*enterateratoma*«, odnosząc je w pierwszym przypadku do odsznurowanego przez pierścień pępkowy uchyłku Meckela, w drugim mówi już o związku (*enteroteratoma*« z przewodem pępkowo-jelitowym. Kolaczek wystąpił też wkrótce przeciw tezie Küstera, określając swoje stanowisko pod tym względem w ten sposób, iż zarówno przypadki Küstera jak i swoje własne należy odnieść do przewodu pępkowo jelitowego. Dopiero jednak Mintz w roku 1899 stwarza w literaturze prawo obywatelstwa dla t. zw. przez siebie »rzeczywistego gruczolaka« (das wahre Ademon) pępka, w którym stwierdza niezależnie od utkania zasadniczego, charakterystycznego dla gruczolaka, bujanie mięsakowe na obwodzie guza w zakresie tkanki podścieliskowej, tak, że nowotwór ten raz wycięty po pięciu latach recydywował. Za podłoże dla niego uważa przewód pępkowo-jelitowy i według Mintza punktem wyjścia dla tego rodzaju spraw mogą być:

1) Komórki wyściełające *ductus omph.-mesenter*,

2) rozwinięte już przewody gruczołowe w bliźnie, jako resztki *duct. omh.-mesenter*,

3) pozostałości warstwy gruczołowej pęcherzyka żółtkowego (Spee).

Przez określenie »rzeczywisty gruczolak« starał się Mintz na szeregu preparatów histologicznych przeciwstawić swoje wypadki, jako rzeczywiście odpowiadające budową nowotworowi, kazuistyce Küstera i Kolaczeka, gdzie spotykamy jedynie budowę gruczołową, bez cech nowotworowych. Wspólną jednak ich wszystkich zasługą jest, że stworzyli nowe podwaliny pod nowotworową patologję pępka, stanęli bowiem na stanowisku, iż wogóle możliwe są w tej okolicy twory o budowie gruczołowej, wyścielone nabłonkiem cylindrycznym, które należy odnieść do organów, pozostających w związku z pępkiem w życiu embrjonalnem. Do tej pory bowiem jedni a priori odrzucali możliwość istnienia nowotworów pępka o komórkach cylindrycznych (Quenu i Longuet), a drudzy w to mocno wątpili (Ledderhose). Powyższe stanowisko Mintza w tej kwestji znalazło też mniej lub więcej wyraźne potwierdzenie u przedstawicieli anatomji patologicznej, jak Ribbert, Aschoff, Borst, Kaufmann i Nikiforoff.

Kazuistyka gruczolaków pępka jest wogóle bardzo skąpa. Najwięcej dostarczyli jej chirurgowie rosyjscy, Mintz (1899, 1909 — 3 przyp.), z oddziału Mintza Herzenberg (1909 — 1 przyp.) i Zitronblatt (1913 — 1 przypadek), Koslowski (1903 — 1 przyp. histologicznie *fibroadenoma malignum*).

Wszyscy wymienieni odnosili powstanie gruczolaków do przewodu pępkowo-jelitowego. Klinicznie charakterystycznem jest, że guzy te występowały u kobiet, prócz wypadku Koslowskiego, w wieku od 36 do 55 lat, w większości zaś wypadków okazywały wyraźne zmiany przy miesiączkowaniu (Mintz, Zitronblatt).

Z innych, którzy stali na analogicznem, stanowisku histogenetycznem, opisali twory o budowie gruczołowej Hüttenbrenner, Pernice, Zwensel, Schuh, Aiello, Ehrlich, Schildhaus.

Noorden w r. 1901 opublikował nowotwór pępka, który wyszedł z gruczołów potowych (*adenoma sudoriparum fibromatosum et cysticum*.

Do grupy wreszcie gruczolaków przybyły dwa nowe wypadki, referowane w pracy Waegelera (1913) i dwu pracach Lauchego (1923) omawiane przezemnie dlatego oddzielnie, że reprezentują inny punkt widzenia w odniesieniu do embrjonalnego podłoża i starają się podkopać dość autorytatywne dotychczas w tej materji zapatrywanie Mintza. I tak Waegeler stwierdza u 48-mio letniej kobiety guz pępka, ulegający również zmianom podczas menstruacji (histologiczne *fibroadenoma cysticum)*, którego podłożem ma być związek pranereza. Lauche zaś uważa, że rozwinięcie się gruczolaka pępka z pozostałości przewodu pępkowo-jelitowego jest rzeczą nieprawdopodobną, jak również nie do przyjęcia jest teza Waegelera, albowiem przesunięcie partji pranercza do pępka musiałoby dać daleko idące nieprawidłowości w zakresie anatomicznej budowy dolnej partji jamy brzusznej. Zdaniem jego gruczolaki pępka należy odnieść do fizjologicznej przepukliny pępkowej, względnie do nabłonka otrzewnej i w ostatniej obszernej pracy proponuje dla tego rodzaju spraw nową wspólną nomenklaturę »*fibroadenomatosis seroepithelialis*«.

Widzimy z tego, że sprawa etjologji gruczolaków pępka jest kwestją na oścież otwartą, w której ostatnie decydujące słowo nie zostało jeszcze wypowiedziane, zwłaszcza, że prócz wyżej przytoczonych poglądów istnieją zapatrywania, że i moczownik drogą metaplazji nabłonka płaskiego, względnie przejściowego w cylindryczny, może być punktem wyjścia dla gruczolaków (Schildhaus, Waegeler).

Przejdę obecnie do omówienia wypadku własnego, który jest pierwszym tego rodzaju w literaturze, jak to mogę wnosić na podstawie dostępnego mi piśmiennictwa.

Ważniejsze dane protokołu klinicznego przedstawiają się następująco:

L. B., lat 68, żonaty, wyznania mojżeszowego, z zawodu krawiec. Anamneza rodzinna i z lat dziecięcych — bez znaczenia. Przed 40-tu laty cierpiał przez dłuższy czas na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, objawiające się częstem zaparciem stolca i wzdęciami. Od 6-ciu lat odczuwa duszność przy oddechaniu, która coraz więcej się wzmaga.

Przed 6-ciu miesiącami zauważył guzek pępka wielkości fasoli, pokryty prawidłową skórą, który stopniowo powiększał się. W ostatnim miesiącu guz ten zaczął róść bardzo szybko, a skóra na nim dotychczas o zwykłej barwie, zmieniła się w granatową. Guz sam jest niebolesny, ani samoistnie, ani przy dotyku.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu średniego, budowy kośćca i odżywienia dobrego. Głowa i szyja bez zmian Klatka piersiowa beczkowata, w płucach dość liczne zaostrzone szmery i rzężenia, wydech przedłużony. Serce: granica nieco przesunięta na lewo, nad końcem szmer skurczowy, nad tętnicą płucną 2 gi ton zaakcentowany. Tętno dobrze napięte, 80 uderzeń na minutę. Powłoki i narządy jamy brzusznej bez zmian.

W bliźnie pępkowej u górnego jej brzegu widoczny guz wielkości i barwy dużej, dojrzałej śliwki, o powierzchni lekko nierównej. Guz ten siedzi na szerokiej podstawie i jest mało przesuwalny. Przy obmacywaniu wyczuwa się nieznaczne chełbotanie.

W znieczuleniu miejscowem (½% R. N. S.) przez obstrzykanie najbliższego otoczenia z cięcia w kształcie tennisowej rakiety, zwróconego ostrym końcem ku górze wycięto nowotwór w granicach zdrowych, od dołu dochodząc tylko do powięzi. Nałożono węzełkowe szwy strunowe skórne i opatrunek jałowy. Rana w przeciągu pięciu dni zgojona przez rychłozrost.

W 6 miesięcy po zabiegu stwierdzono w okolicy pępka typową podłużną bliznę pooperacyjną. W zakresie tejże, jako też jej otoczenia żadnych nieprawidłowości nie zaobserwowano

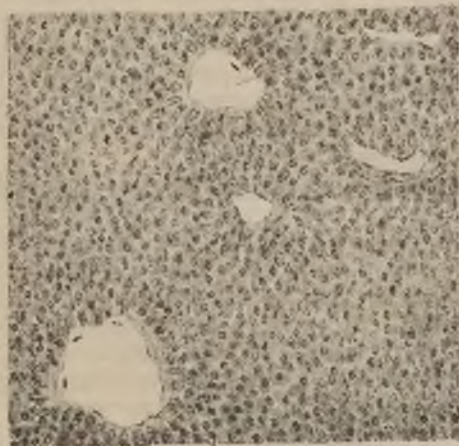
Badanie makroskopowe: guz przekrojono w jego osi długiej. Na przekroju przedstawia on budowę gąbczastą. Składa się z całego szeregu torbieli mniejszych lub większych (o średnicy do 0·5 cm) ze sobą nie komunikujących, wypełnionych brunatno-czerwoną cieczą. Ściany tych torbieli dochodzą do grubości 2—3 m/m.

Celem badania drobnowidowego wykonano skrawki parafinowe z wyciętego guza. Barwiono je zwykłymi sposobami.

Badanie drobnowidowe (Prof. Dr. Nowicki — Zakład anatomji patologicznej U. J. K.): Utkanie guza jest bardzo obficie komórkowe. W szczególności stwierdza się naczynia krwionośne o rozmaitych przekrojach, wyścielone dobrze utrzymanym śródbłonkiem, o świetle wypełnionem czerwonemi ciałkami krwi lub też próżnem. Komórki same posiadają jądro przeważnie krągłe lub nieco wydłużone o wyraźnej strukturze chromatynowej, rąbek protoplazmy barwiący się wcale dobrze eozyną jest dość znaczny. Komórki te leżą bezpośrednio obok siebie, w niektórych miejscach wskutek ich niewątpliwie skurczen a się stwierdzamy nawet wolne szczelinki między niemi. Najcharakterystyczniejszą cechą utkania jest promieniste układanie się komórek względem światła wspomnianych naczyń. Promienistość ta uwidacznia się w kilku warstwach, najbliżej światła położonych, w większem oddaleniu od światła naczyń zaciera się. Komórki te tworzą wprost płaszcze naokoło naczyń, przedewszystkiem w tych miejscach widoczne, gdzie jest więcej tkanki łącznej. W niektórych miejscach stwierdza się wyspy typowej tkanki śluzowej.

W całości, utkanie opisanego nowotworu przedstawia się jako utkanie obficie komórkowe nie o charakterze łącznotkankowym ani też nie odpowiada utkaniu nowotworu nabłonkowego.

Ułożenie komórek względem obfitych naczyń odpowiada najwięcej bujaniu, pozostającemu w związku z naczyniami, bujaniu, wychodzącemu od strony naczyń przy dobrze zachowanem świetle i wyściółce śródbłonkowej tychże naczyń. To charakterystyczne ułożenie promieniste względem naczyń, komórek, mających postać walcowatą względnie cylindryczną, a dopiero w większem oddaleniu wielokątną, miejscami ze zmianami śluzowemi, składa się na obraz *perithelioma* (ryc. 7).



Ryc. 7. Perithelioma.
Leitz ok. rys. IV. śródbłonek naczynia. Zeiss obj. B. Tub. 23 mm.

Perithelioma (obłoniak) ogólnie *haemangiosarcoma perivasculare* (Kauffmann), *sarcoma angioplasticum* lub *angioma sarcomatodes* (Aschoff) czy też *endothelioma perivasculare* (Rosthorn) stanowiły do niedawna termin sporny, do dziś jeszcze kwestjonowany przez niektórych autorów (Roussy i Amenille), tak, jak wogóle sama nazwa *endothelium i perithelium* w odniesieniu do naczyń krwionośnych i chłonnych.

Obecnie termin *perithelioma* uzyskał już prawo obywatelstwa w nomenklaturze histo-patologicznej i Borst pod tą nazwą opisuje *perithelioma* w oponach miękkich, splocie naczyniówkowym mózgu, błonach surowiczych, kościach, nerkach, mięśniach, skórze, gruczołach limfatycznych, jajnikach i t. d. Kauffmann w oponach rdzenia, Aschoff podobne utkanie wychodzące z *nodus caroticus*, zbudowane jednak z komórek chromaffinowych. Szczególnie częstem ma być tu zwyrodnienie śluzowe, analogicznie jak w naszym przypadku i szkliste (Aschoff), pozatem typowa budowa *perithelioma* najzupełn ej zgadza się z drobnowidową strukturą opisanego przez nas wyżej preparatu. Czy powstanie wymienionego nowotworu pozostaje w związku z zaburzeniem rozwojowem tej okolicy, względnie z jakąś pozostałością tkanki embrjonalnej trudno oczywiście rozstrzygnąć wobec już wcale daleko posuniętej sprawy nowotworowej. Klinicznie charakteryzuje się *perithelioma* tem, że bywa miękkie, gąbczaste, dobrze ukrwione przy typowych formach jest nowotworem dobrotliwym, niekiedy jednak miejscowo o cechach destrukcyjnych, uparcie recydywującym, nie ma jednak skłonności do generalizacji (Aschoff). Nie trzeba dodawać, że przyjść tu może do zmian wybitnie złośliwych, co jest ważnem ze względu na terapeutyczne wskazania.

W związku z tem, co wyżej powiedziano, wynika jasno, że leczenie nowotworowych spraw pępka musi być radykalne, a więc chirurgiczne. I tak Blum poleca usunięcie guza wraz z odnośną częścią otrzewnej, Noorden nakazuje szybko wyciąć nowotwór, bo to jedynie pozwala chirurgowi opanować sytuację. Na podobnem stanowisku stoją też Tillaux, Desprès, Boisse. Hüttenbrenner powiada, że przy bujaniach z pępka, pojawiających się w chwili kurczenia się blizny, może wystąpić ich samoistna inwolucja, skutkiem coraz większego zaciskania pierścienia pępkowego, a wskutek tego przerwania krążenia i zaniku tychże bujań.

Ogólnie więc rzecz biorąc, należałoby powiedzieć, że terapję tych spraw można zamknąć w zdaniu, wypowiedzianem przed laty przez Duplay i Reclus w »Traité de Chirurgie«: »une ablation large suivie de suture analogue à une suture de laparatomie«.

Z nowotworów złośliwych charakterystyczne będą dla pępka raki »skórne«, a więc płaskokomórkowe, dalej mogą tu być mięsaki. Inne raki, a więc zbudowane z komórek cylindrycznych rzadko tu spotykamy. Możliwość ich istnienia w pępku niektórzy kategorycznie wprost zaprzeczali, uważając wszystkie tego rodzaju twory za sprawę wtórną, przerzutową. Kazuistyka jednak dostarcza nam przykładów, że i tu one niewątpliwie istnieją, jak n. p. u Joresa (*carcinoma cylindrocell.*) i Doederleina (*adenocarcinoma*). Mogą one być a priori złośliwymi, względnie mogą być wyrazem zrakowacenia dobrotliwych spraw nowotworowych. Co się tyczy podłoża histogenetycznego to należałoby raz jeszcze powtórzyć wszystko to, co już wyżej powiedziano w tej sprawie.

Na zakończenie warto zaznaczyć, że całej kazuistyki do tej obszernej dziś w literaturze kwestji dostarczył stół operacyjny i że w lwiej części jest zasługą chirurgów wyjaśnienie patologji pępka.

Omówienie wtórnych spraw nowotworowych pępka tutaj nie należy.

Piśmiennictwo.

1) Waegeler: Frankfurt. Ztschft. f. Pathol. XIV t. 1913. — 2) Lauche: Verhandl. d. deutsch. Patholog. Gesellschaft 19. Tagung 1923. — 3) Jores: D. Med. Wochenschrift Nr. 4. 1899. — 4) Herzenberg: D. M. W. Nr. 20. 1909. — 5) Zitronblatt; D. M. W. Nr. 8. 1913. — 6) Mintz: D. Zeitschrift Chir. 51 T. 56 z. 1899. — 7 Noorden: D. Z. f. Chir. 59 t. 3/4 z. 1901). — 8) Koslowski: D. Z. f. Chir. 69 t. 5/6 r. 1903. — 9) Kolaczek: Arch. f. klin. 18. t. 2. z 1875. — 10) Roser: A. f. klin. Chir. 20. t. 3 z 1876. — 11) Zumwinkel: A. f. kl. Ch. 40 t. 4 z. 1890. — 12) Mintz: A. f. kl Ch. 89 t. 2. z. 1909. — 13) Küstner: Virch. Arch. 69. t. 2. z. 1877. — 14) Wutz: Virch. Arch. 92. t. 3. z. 1883. — 15) Michin: Vir. Arch. 209 t. 1. z. 1912. — 16) Lauche: Virch. Arch. 243 t. 1923. — 17) Schildhaus: Virch. Arch. 244 t, 1923. — 18) Quenu et Longuet: Revue de Chirurgie 16 t. 1896. — 19) Preisz: Jahrb. f. Kinderheilk. 33 t. 1892. — 20) Küstner; Arch. f. Gynäk. 9. t. 1876. — 21) Ahlfeld: Arch. f. Gyn. 10. t. 1876. — 22) Kleinwächter: Ein Beitrag zur Anatomie des ductus omphalo-mesentericus (ibidem). 23) Duplay et Reclus: Traité de Chirurgie 6 t. 1892. 24) Bergmann-Bruns-Mikulicz: Handbuch der praktisch. Chirurgie 1903. — 25) Kaufmann: Lehrbuch der speciellen patholog. Anatomie 1922 26) Aschoff: Pathologische Anatomie 1923. — 27) Bochenek: Anatomja człowieka 1921 — 28) Słownik lekarski polski 1905. 29) Jahresbericht über die Leistungen u. Fortschritte in der gesammten Medizin. Odnośne miejsca z lat 1869. 1870, 1876, 1877, 1878, 1881, 1882, 1883, 1884, 1886, 1887. 30) J. Dąbrowska: Prace z Zakładu Anat.-patolog. Uniw. Warsz. 1921. Zeszyt nowotworowy.

Dr. A. NADEL. Lwów.

W sprawie powikłań po airolu

Z oddziału skórno-wener. Powsz. Szpitala we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Świątkiewicz.

W Nr. 40-tym »Polskiej Gazety lekarskiej« jakoteż w Nr. 43 »Dermatolog. Wochenschrift« z b. r. opublikowa-

liśmy przypadek ostrego zapalenia nerek po leczeniu 12% zawiesiną airolu w ol. olivar. W Nr. 47-ym »Polskiej Gaz. lek.« pojawił się artykuł Kauczyńskiego z oddziału prym. Leszczyńskiego, w którym autor przyznaje wprawdzie, iż *nephritis* wywołana została w tym wypadku airolem, jednakowoż przypuszcza, że nerki tego chorego znajdowały się w stanie utajonej niedomogi. W następnem zdaniu autor już wyraża się stanowczo, iż badanie sprawności nerek byłoby tę niedomogę wykryło. I naszem zdaniem zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż osobnik przez nas opisany posiadał pewną zwiększoną wrażliwość na środek przez nas użyty, gdyż inaczej trudnoby było zrozumieć, dlaczego z pośród 50-ciu przez nas 12%-ym airolem leczonych chorych tylko ten właśnie ostrą przeszedł *nephritis*, podczas gdy inni tylko białkomoczem w większym lub mniejszym stopniu zareagowali, jednakowoż jesteśmy zdania, iż przypuszczenie autora, jakoby chory nasz posiadał ukrytą niedomogę nerek nie wytrzymuje krytyki. Twierdzenie nasze opieramy na tem, iż 1) z pomiędzy naszych 50-ciu chorych, leczonych 12% airolem prawie wszyscy reagowali białkiem w moczu i to już między 8—12 zastrzykiem; byli to naturalnie chorzy, u których wielokrotne badanie moczu nie wykazywało z początkiem leczenia ani śladu białka. Że zatem i zdrowa nerka jest na airol wrażliwa, zdaje się nie ulegać wątpliwości. A wrażliwość choćby ilościowo większa organu na pewien środek zupełnie nie upoważnia do twierdzenia, iż dany organ jest chory. 2) Autor jest zdania — zresztą całkiem słusznego — iż badanie jednej porcji moczu może przy istniejącej chronicznej sprawie nerkowej dać wynik ujemny. Jednakowoż czterokrotne badanie choćby tylko jednej porcji moczu — zaznaczyliśmy to też w historji choroby — z wynikiem ujemnym przemawia raczej za brakiem procesu chorobowego w nerce. 3) W jakiś czas po ustąpieniu wszelkich objawów nerkowych, leczyliśmy chorego zastrzykami 10% Hydrargyr. salicyl., który chory znosił znakomicie bez jakichkolwiek objawów nerkowych, zaznaczyliśmy to też w artykule w Dermatolog. Wochenschr. z 25. X. b. r.; zapytujemy teraz, dlaczego chory znosił znakomicie rtęć, skoro nerki znajdywały się w stanie utajonej niedomogi? Odpowiedź na to prosta. U chorego nie było niedomogi nerkowej, mogła być tylko zwiększona może wrażliwość na airol, który i tak posiada wybitne własności drażniące. Zdziwienie autora, iż chory zniósł dawkę luatolu, mimo że preparat ten posiada własności drażniące, przemawia tylko na niekorzyść airolu.

Airol (galusan jodo-bizmutu) a nawiasem mówiąc i dermatol (zasadowy galusan bizmutu) z pomiędzy wszystkich nierozpuszczalnych preparatów bizmutowych najmniej może nadają się do leczenia kiły. Toksyczność preparatu bizmutowego zależy bowiem, nietylko od samej zawartości pierwiastka w danem połączeniu, ale też od innych składników w danem połączeniu chemicznem się znajdujących. Airol jako sól kwasu gallusowego posiada wskutek tego własności wybitnie drażniące. Herzog, (Pharmakologie der Wismutpräparate in Bezug auf die Therapie der Lues, M. Klinik Nr. 38. J. 1924) w swej wyczerpującej pracy twierdzi, iż połączenia kw. gallusowego dostawszy się do krwi, wobec części oddziaływującej zasadowo zachowują się odtleniająco, skutkiem czego przychodzi do objawów podrażnienia nerki. Że się sprawa tak ma w rzeczywistości świadczy o tem tak częsty białkomocz, zauważony przez nas, świadczy o tem i to, że ci, którzy pierwsi airol jako antilueticum polecili (Nicolau i Blumenthal) również białko często w moczu napotykali, mimo, iż tylko 2% stosowali zawiesinę; a niezrozumiałem byłoby przypuścić, iż autorowie ci chcieli daty te przejaskrawić. Herzog w swej wyżej wspomnianej pracy airol z powodu wymieniowych własności drażniących zupełnie jako antilueticum zarzuca.

Wyniki badań na zwierzętach nie mogą być wprost przeniesione na człowieka; tolerancja na pewien środek może być u rozmaitych zwierząt różna i często wartości, przerachowane na człowieka dać mogą *dosis letalis*. Na podstawie tego, iż *dosis tolerata* według Giemsy wynosiła 0,007 gr bizmutu na kg zwierzęcia, autor powiększył koncentrację airolu 6-ciokrotnie, zapominając, że w tym samym stosunku powiększyła się też ilość soli kw. gallusowego, która — jak wyżej wspomnieliśmy — przyczynia się głównie do toksyczności preparatu.

Dziś posiadamy preparaty bizmutowe, zawierające niemniej metalicznego bizmutu aniżeli 12% airol, niektóre z nich nawet więcej, a które nawet w przybliżeniu nie wywołują tej ilości podrażnień nerkowych, którą sam autor podaje (11.74 procent). Wymienię tylko »Quinby« (Chino-bizmut) lub bismuthum subsalicylicum. Ten ostatni zwłaszcza z powodu wysokiej zawartości bizmutu (w 10% roztworze znajduje się w 1 cm³ 0,06 bizmutu), niebolesności, prawie zupełnego braku drażnienia nerek (na 40 przypadków, dotychczas tym preparatem leczonych ani razu nie mieliśmy białkomoczu) i wreszcie taniości nadaje się znakomicie do leczenia kiły i zdaje się z pomiędzy całej plejady nowopowstałych preparatów bizmutowych mieć szanse znaleźć jak najszersze zastosowanie. Oczywiście ostatecznego sądu i o tym preparacie wypowiedzieć nie możemy ze względu na niewielką stosunkowo ilość pacjentów, tym preparatem leczonych, jakoteż z powodu zbyt krótkiego czasu obserwacji chorych.

Dr. Klemens KAUCZYŃSKI, sek. szpit. Lwów.

„W sprawie powikłań po airolu“.

Oddz. skórno-wener. kobiet. Szpit. pow. we Lwowie.
Prym. dr. Roman Leszczyński.

Odpowiedź.

W odpowiedzi na teoretyczne wywody Kol. Nadla poparte jednym tylko przypadkiem, odwołujemy się na naszą statystykę poprzednio ogłoszoną, a uzyskaną po roku używania airolu i na większej ilości przypadków. Nadmieniamy, że wzrosła ona w międzyczasie na 253 przypadków i ponad 4000 zastrzyków, pozostawiając ilość powikłań procentowo niezmienioną.

Dr. Henryk BECK, asystent kliniki. Warszawa.

Przypadek rzucawki w późnym połogu.

Z kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu warsz.
Dyrektor: Prof. dr. Adam Czyżewicz.

Sprawa uznania istoty rzucawki porodowej jako zatrucie ustroju matki przez jady, których pochodzenia dopatrywać się należy w jaju płodowem, wymaga uzasadnienia i obrony w dwóch specjalnych wypadkach. Pierwszy, to występowanie rzucawki przy zaśniadzie groniastym, drugi to przypadki późnej rzucawki połogowej.

Przy sposobności spostrzegania przypadku rzucawki w późnym połogu w tutejszej klinice winienem poświęcić kilka słów, zbijających zarzuty stawiane pochodzeniu płodowemu zatrucia ciążowego, zarzuty opierające się właśnie na istnieniu rzucawki w późnym połogu.

Wywody swe opieram na rozumowaniu van der Hoevena, rozumowaniu przyjętem przez zwolenników teorji zatrucia płodowego, któremu hołduje również i szkoła warszawska.

Znanym i wielokrotnie stwierdzanym jest faktem, że ciąża, a zatem obecność rozwijającego się płodu stawia ustrojowi matki zwiększone wymagania odnośnie do przemiany materji, że powoduje ona daleko idące zmiany we wszystkich bez wyjątku narządach wewnętrznych i zakłóca prawidłową gospodarkę ustroju. Za punkt wyjścia tych zmian uważamy pozostawanie ustroju matki pod wpływem działania produktów rozpadu jej materji oraz przemiany materji płodu. Obecność zwiększonej ilości ciał trujących powoduje zwiększoną pracę narządów powołanych do zobojętniania i wydalania trucizn. Przy zachowanej równowadze ciążowej stoją one czynnościowo na wysokości zadania, padając jednak nierzadko ofiarą przejściowych zmian anatomicznych pod postacią zwyrodnienia. W tych zmianach narządów od wydatności pracy których zawisły jest stan równowagi, szukać należy zdaniem naszem przyczyny przygotowującej wybuch sprawy chorobowej.

Po odbytym porodzie wydala ustrój trujące substancje

przemiany materji własnej, oraz pozostały zapas trucizn ciążowych. Trucizny te rozwijają swe działanie w dalszym ciągu, jakkolwiek dopływ nowych ze strony płodu ustał. Przy poważnych zmianach narządów wydalających jady, pracujących z największym wysiłkiem, wydalanie nie może odbywać się ze zwykłą wydatnością, w następstwie czego przyjść musi do gromadzenia się produktów rozpadu w ustroju, co znów wywiera szkodliwy wpływ na narządy wydalające, stojące już na granicy wytrzymałości, prowadząc naodwrót do zastoju substancji trujących. Błędne koło, którego uniknął szczęśliwie ustrój w czasie ciąży zamyka się w połogu. Zwichniętą zostaje równowaga pomiędzy wytwarzaniem a wydalaniem substancji trujących, stan który prowadzi bezpośrednio do wybuchu rzucawki.

Jako bezpośrednią przyczynę wybuchu rzucawki uważać przeto należy stan, w którym albo ilość trucizn krążących w ustroju wzrośnie ponad możność wydalniczą, albo też ilość urządzeń ochronnych zmniejszy się poniżej koniecznej granicy. Istnieje jednak i trzecia przyczyna. Zwrócił na nią uwagę Czyżewicz; doszedł on mianowicie do wniosku na podstawie teoretycznych rozważań, że nie małą rolę w tym kierunku odgrywa stopień zagęszczania krwi, wychodząc ze słusznego założenia, że przy znacznem zagęszczeniu krwi styka się w danym okresie czasu z komórką ustroju wprawdzie ta sama ilość trucizn ale w mniejszem rozcieńczeniu. Znaczniejsza zaś koncentracja substancyj trujących działa w sensie zwiększenia ogólnej ilości trucizny. Zwiększenie ilości jadów krążących w organizmie może mieć przeto dwojakie pochodzenie, jest nim nadmierna utrata wody drogą skóry lub moczu przy sprzyjającej polyurji wysokiem ciśnieniu, z drugiej zaś strony przyczyny dopatrujemy się w leniwym kurczeniu się macicy po porodzie oraz w powolnem zwijaniu się jej w pierwszych dniach połogu. Jasną bowiem jest rzeczą, że część trucizn płodowych zdeponuje się w swym najbliższem otoczeniu t. j. w samym mięśniu macicznym. Zmiana warunków odżywiania macicy w połogu, prowadząca normalnie do zwyrodnienia i zaniku wybujałej w czasie ciąży tkanki mięsnej sprzyja znakomicie przechowaniu trującego depozytu przez czas dłuższy. Występująca w połogu poprawa w niedowładzie macicy wyciska drogą skurczu substancje trujące, wyłączając je do krwi obiegu. W ten sposób uruchomione jady mają możność rozwinięcia szkodliwej działalności na komórki narządów wydalających, czy też jak chce Liepmann wykorzystania swego powinowactwa do komórek nerwowych i w ten czy inny sposób sprowadzić stan przekroczenia równowagi ustroju, stojącego na granicy wytrzymałości.

Rzucawka w poźnym połogu występuje nader rzadko. W zestawieniu Czyżewicza do roku 1923. (Czyżewicz: Zatrucie ciążowe. Ginekologja Polska. T. II. Z. 5–6) wymienionych jest 13 przypadków opisanych, jak autor zaznacza, niedokładnie. Są to przypadki Nikolskiego i Auberta, Bonneta i Laborderiego, Davisa i Bienenfelda, Logroux'a, Meyego, Tisiera, Koffera i Kundrata, Westa, Breussa, Lumpego i Osthofa, Teilhabera, w którym wybuch rzucawki spostrzegano w 8-mym do 28-ym dniu po porodzie.

Cykowski wspomina o przypadku Ferrego bez bliższych szczegółów, w r. 1923 ogłosili Ferrere i Rouvier z Algieru po jednym przypadku rzucawki porodowej.

* * *

2. VI. b. r. przyjęto do kliniki rodzącą A. K. 33 letnią wieloródkę, zapisaną pod L. 752/24 w księgach klinicznych. Z wywiadu stwierdzono, że cztery poprzednie porody czasowe odbyły się prawidłowo, dzieci żywe i zdrowe. Dnia 3. VI. odbyła pacjentka poród w położeniu prawidłowem, urodzona dziewczynka niedonoszona (VIII. mies. księż.) zmarła w 10 godzin po porodzie. Przed porodem znaleziono w moczu rodzącej 1 ‰ białka bez składników nieprawidłowych, obraz krwi przedstawiał drobną leukocytozę wielojądrzastą, bezwzględną, z lekkiem przesunięciem obrazu Arnetha na lewo. Ciśnienie krwi wynosiło 102 mm rtęci (Riva-Rocci). Odczyn Wassermanna i Georgi Sachsa ujemny. Przy małym płodzie poród odbył się szybko bez powikłań i bez wskazań do wkroczenia lekarskiego. Połóg przebiegał prawidłowo bez podwyższeń ciepłoty, zaznaczyć jednak należy, że macica zwijała się bardzo leniwie, sięgając w ósmym dniu połogu do połowy odległości między pępkiem a spojeniem łonowem. W moczu białka 2‰, nieprawidłowych składników brak. Dziesiątego dnia połogu o godzinie 16-tej napad drgawek idący w parze z zupełną utratą przytomności, trwający niespełna minutę, w okresie tym stwierdzono brak odruchu rogówkowego, maksymalne zwężenie i brak pobudliwości źrenic, deviation conjuguée, sinicę, tętno szybkie, twarde i wysoko napięte Po napadzie okres spokoju chora świadomości nie odzyskała. W czasie napadu macica twarda i dobrze skurczona. Podano podskórnie 0,02 morfiny. Ciśnienie krwi oznaczono na 186 mm Hg. W czasie odprowadzania moczu cewnikiem w 6 minut po pierwszym nastąpił drugi podobny napad trwający 1 minuty. Moczu uzyskano 15 ccm, barwy ciemno pomarańczowej, białko obecne w ilości 6 ‰, w osadzie nieliczne wałeczki ziarniste i nabłonki kanalików nerkowych, tudzież krwinki czerwone. Obraz krwi odpowiadający typowemu zatruciu ciążowemu: leukocytoza wielojądrzasta (18000 c. b. — stosunek 1:250), obraz Arnetha przesunięty na lewo, ciśnienie krwi wzrosło po drugim napadzie do 204 mm Hg.

Odsłonięto żyłę łokciową i upuszczono 400,0 ccm krwi, poczem wprowadzono równą ilość płynu Ringera pod skórę. W czasie tych czynności dwukrotnie napad.

Ogółem przebyła chora jedenaście napadów w ciągu dziewięciu godzin, ciśnienie krwi mierzone po każdym spadało zwolna ale stale, wynosiło po jedenastym ataku 155 mm Hg. W czasie tym podano chorej 0,05 morfiny pod skórę i 2 g chloralhydratu per rectum. Po ostatnim napadzie chora zapadła w głęboki sen. W następnym dniu zaobserwowano zupełną amnezję i brak opanowania władz umysłowych. Ilość białka w moczu spadła do 2 ‰. Ciśnienie krwi do 120 mm. Po 2-ch dniach chora odzyskała pełną świadomość, po sześciu dniach znikło białko z moczu, obraz krwi przedstawiał się prawidłowo. Jedenastego dnia po napadach chora opuszcza klinikę uleczona. Pozostała jej niepamięć odbytego porodu i ciężkiej choroby w połogu.

Mieliśmy do czynienia z przypadkiem rzucawki w późnym połogu w swej ciężkiej postaci, zakończonej rzadkiem stosunkowo zejściem w formie zupełnego wyleczenia.

Z praktyki.

Dr. med. Kazimierz ZIELIŃSKI, Warszawa.
lekarz naczelny Szpitala Przemienienia Pańskiego.

W kwestji doustnego stosowania bizmutu w zatruciu środkami żrącemi.

Jeszcze Bardeleben[1]) zalecał używanie bizmutu podsaletrzanego lub węglanego *per se* w proszku subtelnie rozpylonym lub, w okresach późniejszych, w postaci bizmutowych bandaży oraz maściach w oparzeniach zewnętrznych skóry. Stale w praktyce ambulatoryjnej posiłkując się preparatami temi w oparzeniach skóry, zwłaszcza u dzieci, miałem możność przekonania się o bardzo dodatniem działaniu bizmutu w tych razach. Dziesięcioprocentowa maść podsaletrzanu bizmutowego z dodatkiem małej ilości airolu *(Bismutum jodotannicum)* lub dermatolu *(Bismutum tannicum)* lub obu tych preparatów jednocześnie (w stosunku: airoli 1,0, dermatoli 2,0 Bismuthi subnitrici 5,0 na 50 gr wazeliny), używana przezemnie w przypadkach oparzeń zewnętrznych, łatwo może przekonać każdego o jej skuteczności.

To działanie dodatnie bizmutu w oparzeniach zewnętrznych, zarówno jak i znane dodatnie działanie lecznicze soli bizmutowych we wrzodzie okrągłym żołądka, pobudziło mnie do zastosowania ich w zatruciach kwasami żrącemi, jak kwas octowy, kwas solny stężony, lub ługiem, bądź to omyłkowo, bądź też w celach samobójczych wewnętrznie przyjmowanemi.

Na oddziale swym szpitalnym stosuję w tych razach zawiesinę bizmutową w emulsji migdałowej (Bismuti subnitrici s. carbonici 15,0, Emuls. ol amygdal. dulc. 200,0 Sirupi gummosi 20,0 przed użyciem mocno zmięszać. Co godzina łyżkę). W razie silnych bólów dodajemy jeszcze 0,03 Solanu kokainy. Jeśli powstawały zaparcia stolca, zwalczałem je codziennemi lewatywami. Stosuję to już przeszło lat 20 i z wyników tego postępowania jestem najzupełniej zadowolony. Udało mi się w archiwum szpitalnem odnaleźć przeszło dwadzieścia historji ostrych zatruć środkami żrącemi. Oczywiście jest to tylko nieznaczna część ogólnej liczby leczonych przezemnie w ten sposób chorych. Dla braku miejsca przytoczę tutaj tylko w krótkich słowach kilka z tych historji.

Przypadek 1. Wacław U., lat 26, przybył do szpitala w dn.

---

[1]) Realencyklop. Eulenburg Wyd. III. Tom 25. Str. 600. Rok 1900.

4. V. 1907 roku. (Nr. ks. gł. 12344). Intoxicatio acido acetico od wczoraj. Wypił kwasu octowego za 35 kop. (przeszło 60 gr.). Błona śluzowa języka, jamy ustnej i gardła mocno zmętniała. Na skórze szyji obszerne złuszczenia naskorka. Przepisano mu Emuls. ol. amygd. dulc. 200 z 6,0 Bismuti subnitrici. Co 2 godziny łyżkę. Codzienne lewatywy z wody. Wypisał się 14 maja zdrów.

Ten sam osobnik truł się ponownie kwasem octowym w dn. 1 lutego 1914 (Nr. ks. gł. 746) i leczył się znowu na moim oddziale. W dniu 4. II opuścił szpital w stanie dobrym.

Przypadek 2. Leon St., lat 25, przybył do szpitala w dniu 23. V. 1909 r. (Nr. ks. gł. 1470) po usiłowaniu otrucia kwasem solnym (HCl. crudum). Przepisano emulsję oleju migdałowego z węglanem bizmutu W dniu 4. VI. opuścił szpital w stanie zupełnie dobrym.

Przypadek 3 Feliks N., lat 25, przybył dn. 1. XII. 1909 (Nr. ks. gł. 5280). Intoxicatio acido acetico. Mocne zaczerwienienie i zmętnienie błony śluzowej, miejscami złuszczenie nabłonka na dostępnych badaniu błonach śluzowych gardła. Cura: Emulsja bizmutowa. 16. XII. skarżyć się zaczyna na łykanie utrudnione. 23. XII. skarży się na wymioty i bóle w dołku. 24. XII. wymioty krwawe. Zalecono w dalszym ciągu emulsję bizmutową. 27. XII. bóle w dołku. 30. XII. w nocy wymioty. Stopniowo stan chorego zaczął się polepszać i chory począł przełykać wszystko z wyjątkiem zbyt twardych pokarmów i wypisał się w dn. 11. lutego 1910 ze znacznem polepszeniem.

Przypadek 4. Ignacy S., lat 27. (Nr. ks. gł. 3325) przybył do szpitala 8. XII. 1909. Intoxicatio acido acetico. Mocne oparzenie ust. Zmętnienie błony śluzowej gardła Leczenie to samo. W dn. 18. stycznia 1910 r. opuścił szpital zupełnie zdrów.

Przypadek 5. Lucjan Z., lat 19. (Nr. ks. gł. 5340), przybył 9. XII. 1909 z mocnemi obrażeniami błony śluzowej jamy ustnej i gardła po wypiciu kwasu octowego. W dniu 28. XII. po leczeniu emulsją bizmutową szpital opuścił zdrów.

Przypadek 6. Jan K., 27 lat, przybył w dniu 14. VIII. 1912 (Nr. ks. gł. .062) z objawami silnego zatrucia kwasem octowym. 16. VIII nadżarcia na podniebieniu miękkiem. 20. VIII. przełyka swobodnie. Nie skarży się na ból przy przełykaniu. Wypisuje się.

Przypadek 7. Michał L., lat 24, szofer, przybył 22. II. 1921. Intoxicatio acido acetico Wypisuje się w dniu 25. lutego z poprawą.

Przypadek 8. Zofja G., lat 24, przybyła w dn. 22. III. 1923. (Nr. ks. gł. 1412) Otrucie kwasem octowym. Silny stopień obrażenia. 15. IV. skarży się na utrudnione łykanie; przepisana na oddział chirurgiczny w celu przeprowadzenia systematycznych rozszerzań. Wypisała się ze znaczną poprawą, bez skarg.

Przypadek 9. Wiktor K., lat 25, przybył 4. IV. 1924 (Nr. ks. gł. 1589). Otrucie kwasem octowym. 8. IV. ból po przyjęciu pokarmu. 22. IV. przełyka wszystkie pokarmy z łatwością i bez bólu. 26. IV. wypisuje się zdrow.

Przypadek 10. Jadwiga Ch., 21 lat, 1. V. 1924. (Nr. ks gł. 1916). Intoxicatio acido acetico 5. V. wypisuje się z poprawą.

Przypadek 11. Wacława K., lat 26, 11. V. 1924 (Nr. ks. gł. 2063). Intoxicatio acido acetico. 17. V. wypisana bez skarg.

Przypadek 12 Agnieszka I., lat 37., 30. VI. 1924. (Nr. ks. gł. 27.0). Intoxicatio acido acetico. 5. VII. wypisana bez skarg.

Przypadek 13. Witold K., lat 23., 30. VI. 1924 (Nr. ks. gł. 2721). Intoxicatio acido acetico. Mocne zmętnienie błon śluzowych. 7. VII. wypisał się zdrów.

Przypadek 14. Małgorzata W., lat 33. 20. VII. 1924 (Nr. ks. gł. 2978). Intoxicatio acido acetico. 26. VII. wypisała się z polepszeniem.

Miałem i mam wrażenie, że stosowanie soli bizmutowych znacznie skracało przebieg gojenia się tych obrażeń przełyku i gardła, zarówno jak i do pewnego stopnia zapobiegało tworzeniu się blizn następczych, zwężających przełyk. Prawdopodobnie osiadanie rozproszkowanego bizmutu na miejscach pozbawionych nabłonka ułatwiało gojenie się tych mniej lub więcej głębokich owrzodzeń, powstałych pod działaniem środka żrącego. O tem, że sole bizmutowe, w postaci emulsji przyjęte, łatwo osiadają na miejscach pozbawionych nabłonka, łacno przekonać się można przy oglądaniu gardła takich chorych zaraz po przełknięciu przez nich łyżki emulsji bizmutowej: wszędzie w fałdach, obrzmieniach, nadpęknięciach błony śluzowej gardła widać osad biały tego proszku. Na 20 historji chorych tylko w jednym (przyp. 8) odnotowano następcze zwężenie przełyku; w innym przypadku (przyp. 3) po trzytygodniowem leczeniu solami bizmutowemi rozwinęły się objawy wrzodu żołądka: bóle w dołku, wymioty krwawe, które jednakże później ustąpiły po dalszem obfitszem leczeniu solami bizmutowemi.

W 2-ch przypadkach nastąpiła śmierć przed upływem jednej doby, co oczywiście zależało li tylko od bardzo głębokich zmian, wywołanych nadmierną ilością przyjętych środków żrących i mniejszej na nie odporności **tkanek danego organizmu.**

Postępując w ten sposób z otruciami kwasami i ługiem, teoretycznie rozumując, z góry *a priori* wyłączyłem od takiego postępowania przypadki zatrucia sublimatem. Rozumowałem bowiem w ten sposób, że przy zatruciu sublimatem chodzi jaknajwięcej o wyeliminowanie z organizmu nadmiaru powstałych po tem zatruciu związków białkowych i że wszelkie środki, wywołujące zaparcia i niejako unieruchomiające te związki białkowortęciowe, tylko zaszkodzić mogą. W zatruciu sublimatem ograniczałem się tylko do zaleceń mających na celu podtrzymanie działalności serca i naczyń, pobudzenia działalności nerek, o czem mówią Landau, Temkinówna i Fajgin[2]). Zalecenia te niewątpliwie w zatruciach sublimatem grają większą rolę. W zatruciach sublimatem najwięcej liczyć można na dokładne przepłukanie żołądka i to bardzo szybko po zatruciu uskutecznione. Przepłukiwanie żołądka tem łatwiej może być dokonane że na razie sublimat nie daje tak wielkich zniszczeń, jakie dają ług i kwasy stężone, po których wprowadzanie zgłębnika żołądkowego jest trudne, wielce bolesne, a niekiedy nawet i niebezpieczne ze względu na możliwość poczynienia przez wprowadzenie zgłębnika jeszcze większych obrażeń błony śluzowej. Znam dwa przypadki zatrucia śmiertelną, zdawałoby się, dawką sublimatu, w których dokładne obfite przepłukiwanie natychmiastowe żołądka sprowadziło wyzdrowienie zupełne bez ujemnego nawet wpływu na funkcję nerek. Wiele jednak przypadków moich, z małemi wyjątkami, kończyło się śmiercią przy ciężkich objawach anurji, krwotocznego zapalenia śluzówki dziąseł, jamy ustnej, kiszki grubej i t. d. Wynik stosowania bizmutu przez Landaua w zatruciu sublimatem stanowczo jest niezwykle dodatni i żałuję bardzo że, stosując oddawna sole bizmutowe w obrażeniach przełyku po kwasach i ługach, nie stosowałem tych soli w zatruciach sublimatem.

Działanie bizmutu w przypadkach Landaua, sądząc z przypadków zatrucia kwasami stężonemi i ługiem, leczonych przezemnie, polega na tem samem kojącem, leczniczem działaniu soli bizmutowych na błonę śluzową kanału pokarmowego. Sole bizmutowe zapobiegają przytem szerzeniu się niszczycielskiej działalności drobnoustrojów w kanale pokarmowym, którego śluzówka wszędzie pod wpływem jednorazowego podziałania sublimatu jest na nie podatna i mało odporna. Zapobiegając temu solami bizmutowemi, dajemy możność organizmowi zwalczenia najstraszniejszej w tych razach dysfunkcji nerek i powolnego powrotu do ich funkcji.

Sądzę więc, że sole bizmutowe powinny być stosowane stale we wszystkich bez wyjątku zatruciach wewnętrznych środkami żrącemi.

A. DOMASZEWICZ. Lwów.

Uwagi o t. zw. czkawce epidemicznej.

Grypa, która co roku u nas w jesieni zatacza szerokie kręgi i w roku bieżącym nas nie minęła. Obok najczęściej spotykanego zajęcia dróg oddechowych spostrzegamy w bieżącym roku dość liczne powikłania ze strony układu nerwowego, jak obwodowe rozsianie zapalenia nerwów (polineuritis) i wprost masowo występujące zajęcie nerwów potylicznych (n. occipitales) i nerwów usznych (n. auriculares) pod postacią silnych nerwobolów, odpowiadających przebiegowi tych nerwów.

Powikłania te mają jednak charakter łagodny i przemijający, łatwo się leczą i ustępują bez śladu. Z innych powikłań spotykamy również nie rzadko w ostatnich czasach tak zw. czkawkę epidemiczną (Hoquet épidemique) również łagodnie przebiegającą i ustępującą bez leczenia w krótkim czasie.

Epidemję czkawki znamy już z jesieni 1921 r. i pamiętamy, że poprzedziła wtedy liczne przypadki nagminnego zapalenia mózgu i że często należała wówczas do zespołu objawów tej choroby; wypowiadano wówczas różne przypuszczenia, że czkawka jest przeponową formą grypy, że może być

[2]) 1) Pol. Gaz. Lek. 22 rok 1924. Dalsze spostrzeżenia nad doustnem stosowaniem bizmutu w ostrem zatruciu rtęcią.
2, L[illegible]: Pol. Gaz. Lek. Nr. 5 rok 1923.

poronną formą zapalenia nagminnego mózgu lub wreszcie, że jest jednostką chorobową samoistną.

Do dziś jednak patogeneza i lokalizacja czkawki epidemicznej nie została wyjaśniona. Wiemy ze spostrzeżeń tylko, że gdy ogranicza się do tego jednego objawu, jest choroba łagodną, ustępującą bez śladów, gdy jednak obok czkawki zjawiają się inne myoclonie i objawy zajęcia nerwów mózgowych lub samego mózgu, jest najczęściej jednym z objawów nagminnego zapalenia mózgu.

Zjawienie się równoczesne z grypą tegoroczną zapaleń nerwów, a zwłaszcza nerwów usznych i potylicznych oraz czkawki świadczyć może, że obok grypy mamy do czynienia z zarazkami chorobo-twórczymi, posiadającymi specjalne powinowactwo do układu nerwowego i zarazem może zbliżonymi lub nawet wprost należącymi do zarazków nagminnego zapalenia mózgu.

Równoczesne zjawienie się zaburzeń w zakresie nerwów usznych i potylicznych, oraz czkawki nasuwa myśl czy miejscem zaatakowania przez nieznany zarazek nie są korzonki rdzeniowe szyjne z których biorą swój początek nerwy uszne i potyliczne (IV. korzonek szyjny) i nerw przeponowy (N. phrenicus).

Oceny i sprawozdania.

Alf. Laskiewicz. **O rozmieszczeniu utkania adenoidalnego w krtani ludzkiej i o t. zw. »Tonsilla laryngea«.** Poznań 1923 r. Nakładem Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Prace Komisji lekarskiej. T. II. Zeszyt 2.

Badania drobnowidowe autora nad rozmieszczeniem tkanki adenoidalnej w najrozmaitszych miejscach krtani wykazały, że największe skupienie jej znajduje się dookoła *appendix ventr. Morgagni*. Umiejscowienie typowych grudek chłonnych w okolicy szczytu uchyłka i przeważnie dookoła zatok i większych przewodów gruczołowych, uchodzących do wnętrza uchyłka, przypominają budową swoją migdałki, wobec czego autor nazywa główną $^1/_4$ części uchyłka zatoki Morgagni'ego — *tonsilla laryngea*, przedstawiająca się jako jedna wielka krypta migdałkowa. Uwzględnienie powyższych stosunków anatomicznych ma ważne znaczenie dla rozważań i spostrzeżeń klinicznych, które w ostatnich czasach wyodrębniły ograniczone schorzenia utkania adenoidalnego krtani pod nazwą anginozy resp. anginy migdałka krtaniowego.

Badania były przeprowadzone na 35 przekrojach serjowych krtani noworodków i dzieci w wieku od 6-ciu miesięcy do lat 20-tu i przedstawione są na szeregu zdjęć mikrofotograficznych wraz z odciskami parafinowemi z *appendix ventr. Morgagni.*

Al. Ławrynowicz. **Spostrzeżenia nad morfologją i biologją gonokoka.** Poznań 1924. Tom II. Zeszyt 4.
Spostrzeżenia autora oparte są na 3-letnim okresie systematycznych badań, dotyczą sprawy hodowania gonokoka na sztucznych podłożach, stałości i zmienności kształtów jego, stosunku do barwienia sposobem Grama, sprawy saprofityzacji oraz pewnych jego cech biologicznych. Wobec wybitnie zaznaczonej dwuosiowości zarazka rzeżączki autor odrzuca często używane określenie — »dwoinki« rzeżączkowe, a używa stale wyrazu »gonokoki«.

Na podstawie systematycznych spostrzeżeń nad 14 szczepami gonokoka autor wnioskuje, że największe trudności w hodowaniu gonokoka na podłożach zwykle występują w pierwszem pokoleniu oraz dwóch-trzech następnych pokoleniach, decydujących o jego żywotności. O ile gonokok pomyślnie przebywa ten okres, może on z biegiem czasu ulegać saprofityzacji; dalsze przechowywanie szczepów saprofityzowanych nie napotyka trudności. Na pożywkach (przeważnie w pierwszych pokoleniach) może gonokok ulegać wybitnemu zwyrodnieniu morfologicznemu, połączonemu z powstawaniem najczęściej postaci olbrzymich lub karłowatych oraz tworów laseczkowatych długości do 8-μ o nieprawidłowej średnicy, niekiedy w postaci laseczek maczugowatych. Inwolucja rzeczona najczęściej stanowi objaw przemijający w okresie dostosowywania się gonokoka do wzrostu na podłożach sztucznych, albo po zadziałaniu czynników szkodliwych na szczepy saprofityzowane. Możliwość występowania zmian zwyradniających w hodowlach należy brać pod uwagę przy rozpoznawaniu bakterjologicznem gonokoków. W przypadkach pojedyńczych gonokoki mogą się układać nie typowo, a mianowicie w postaci krótkich łańcuszków. Niestałe lub dodatnie barwienie się podług Grama często daje się spostrzegać w hodowlach starszych. Występowanie zmian zwyrodnienia w pierwszych pokoleniach często ściśle się łączy z dodatniem barwieniem podług Grama osobników ulegających zwyrodnieniu. Im dalej posuwają się zmiany zwyrodnienia, tem częściej i wyraźniej występuje nieprawidłowy wynik barwienia sposobem Grama. Saprofityzowane szczepy gonokoka nabierają nowych własności, stając się bardziej wytrzymałemi względem rozmaitych czynników zewnętrznych; mogą rosnąć na zwykłych słabo zasadowych podłożach agarowych; znoszą znaczne wahania ciepłoty; po zamarznięciu odtajane zachowują żywotność; bez zmiany podłoża mogą przetrwać do 6-ciu miesięcy. W pracowni szczepy saprofityzowane autor przeszczepiał w ciągu trzech lat, co nie stanowi kresu ich przeszczepialności. Gonokok może wytwarzać barwnik żółtawy. W tekście autor podaje ryciny najrozmaitszych postaci zwyrodnienia gonokoków.

St. Różycki. **Morfologja układu mięśniowego szympansa.** Ibidem.

Autor podaje wyniki badań swoich anatomicznych na 6-ciu szympansach a preparując zawsze obie strony zbadał więc podwójną ilość ukształtowania się większości mięśni, czem się też różnią jego badania od podobnych spostrzeżeń, które przeprowadzane były zwykle na jednym szympansie. Badania jego ustaliły najczęściej występujące ukształtowanie się poszczególnych mięśni jak np. m. piramidalis, m. epitrochleanconeus, m. peroneotibialis i inne. Z pośród licznych odmian i mięśni nadliczbowych autor wydzielił m. transversus menti, m. zygomaticus minor i inne. Badania jego nad morfologją układu mięśniowego uzupełnione są 26 rycinami.

T. Kurkiewicz. **O pozapłodowym rozwoju mięśni prążkowanych.** Ibidem.

Badania drobnowidowe skrawków z języka nowonarodzonych i młodych szczeniąt wykazują w pierwszych dniach i tygodniach pozapłodowego życia, że istota kurczliwa mięśnia prążkowanego wytwarza się podobnie jak w typie zarodkowym. Badania nad odnową włókien mięsnych w pierwszych okresach pozwalają wnioskować, że rozwój istoty kurczliwej w przypadkach regeneracji odbywa się u ssaków z istniejących włókienek, pochodzących ze zróżniczkowanych włókienek macierzystych, z których powstają sarkoblasty.

W. Janusz (Lwów).

H. C. Jacoboeus u. Einar Key. **Weitere Erfahrungen über Thorakoplastik bei Lungentuberculose.** Acta chirurgica Scandinavica. Supplementum III. Stockholm 1923. Str. 88. Tablic rentgenogramów pięć.

Sprawozdanie z sześćdziesięciu dokonanych torakoplastyk. Technika przeważnie dwu-seansowa. Z sześćdziesięciu przypadków, (operowanych w czasie od roku 1915-go do 1922-go) w 15-tu uzyskano jako wynik powrót zdolności do pracy i usunięcie wszelkich objawów; w 19 przypadkach uzyskano poprawę; w pięciu brak poprawy; pięciu chorych zmarło tuż po operacji. Na ogół biorąc pod uwagę niewielkie rozmiary książki, daje ona dobrze zgrupowany i wyczerpująco opisany materjał kazuistyczny.

Alfred Brunner. **Die Chirurgische Behandlung der Lungentuberculose nach Erfahrungen der chirurgischen Universitätsklinik München aus den Jahren 1918—1922.** Lipsk 1924. Str. 375. Rysunków 99.

Jako tom trzynasty wydawnictwa »Tuberculose-Bibliothek«, wydawanego przez prof. Lydję Rabinowicz, mamy treściwy (w porównaniu z opracowaniem tego samego tematu i materjału klinicznego przez prof. Sauerbrucha w I-ym tomie jego chirurgji narządów jamy piersiowej) opis zabiegów chirurgicznych przy suchotach płuc. Brunner, wieloletni pomocnik Sauerbrucha, panuje w równym stopniu nad zagad-

nieniami gruźlicy, teoretycznemi i klinicznemi, jak nad zagadnieniami lecznictwa chirurgicznego w tem pograniczu medycyny wewnętrznej i chirurgji.

Niepodobna streszczać tej pełnej treści książki ani nawet wyszczególnić metod oryginalnych, jakie stosuje klinika monachijska; ona przecież w dobie obecnej najlepszemi wynikami w tym dziale pochlubić się ma prawo.

Prócz takich działów, które obchodzą specjalistów wielkiej chirurgji, jak torakoplastyka zewnątrz-opłucnowa, (więcej niż połowę książki tej sprawie poświęcono), mamy tu opis metodyki leczenia odmą sztuczną, metodę wywoływania porażenia przepony, mamy wreszcie rozdział poświęcony sprawie obchodzącej wszystkich praktyków, a zawierający nowe poglądy na leczenie chirurgiczne zapalenia opłucnej gruźliczego ropnego. *S. S-g.*

Przegląd piśmiennictwa.
Zapiski lecznicze.

Leczenie hipertoniae essentialis. Kylin jest zdania, że ten stan zależy od zaburzeń w układzie nerwów roślinnych: *labilitas nervosa,* podniesienie parcia krwi typu niestałego, zmniejszona tolerancja na wodany węgla ze skłonnością do astmy, zmiany w składzie krwi w sensie zwiększonej ilości komórek wielkich jednojądrzastych i kwasochłonnych, obniżona zasadowość krwi, nieprawidłowy odczyn po adrenalinie, zwiększona zawartość cholesteryny we krwi. Po adrenalinie występuje bezpośrednio obniżenie parcia krwi (o 10—20 mm) jako dowód zaburzenia w układzie n. błędnego. Na tej zasadzie K. dąży do usunięcia zaburzeń nerwowych zapomocą wapnia i atropiny. Atropina poraża układ parasympatyczny doprowadzając — przy t. zw. wagotonji do stanu równowagi stosunek n. błędnego do n. sympatycznego. Jony wapnia są tym elektrolitem, który przewodzi podrażnienie n. sympatycznego. L. znalazł, że przy *hipertonia essentialis* poziom wapnia jest we krwi obniżony. Podając *Ca* i *atropinę* dążymy do porażenia n. błędnego i ułatwiamy działanie n. sympatycznego. K. podaje cztery razy dziennie po 1 gr. *Calcii chlorati* i tyleż razy *Atropinum sulfur.* po 0,25 mgr otrzymując wybitnie dodatnie wyniki lecznicze.

(Klin. W. 1924. Nr. 38).

Novasurol przy moczówce prostej. Przy tem cierpieniu mamy w nerkach zakłócenie zdolności stężania soli. Bauer i Aschner zastosowali środek solo-pędny, novasurol, otrzymując wynik paradoksalny, ponieważ ten najpotężniejszy środek moczopędny zmniejszył nadmierne moczenie. W przebiegu leczenia występowało podniesienie ciepłoty ciała (do 39° C), być może jako skutek szybkiej straty soli (gorączka pochodzenia mózgowego). Dotąd nie było jeszcze czasu na stwierdzenie, czy otrzymany wynik dodatni bywa stałym. Ponieważ novasurol dał te same wyniki, co i przetwory przysadki mózgowej, błędnym był wniosek, dotąd na zasadzie wyników leczniczych wyprowadzany, o związku przyczynowym istniejącym rzekomo pomiędzy przysadką a moczówką prostą (należałoby chyba *per analogiam* mówić o braku novasurolu w ustroju, jako o przyczynie moczówki).

(Zentrbl. f. Inn. Med. 1924. 34).

Choleval przy zapaleniu dróg (i pęcherzyka) żółciowych. Dożylne wprowadzenie 10 do 20 cg cholevalu (Mercka) w 10 cm³ wody, ma wpływać leczniczo na zapalenie dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego. Choleval jest przetworem koloidalnym srebra.

(Mün. m. W. 1924. 29).

Wole leczą dziś **jodem** w takich dawkach:

Rp.

Kalii iodati 1 *mgr.*
Aqua dest. 180 *g.*

S. Naczczo łyżeczkę od herbaty.

W sumie 1 do maximum 4 mgr jodku potasu miesięcznie w przeciągu pół roku.

(W. kl. W. 1924. 29).

Przeciw migrenie: *Tr. valerianae* i nitrogliceryna w napadzie. W przerwach — małe dawki jodu.

(Med. Kl. 1924. 24).

Przeciw porażeniu kiszek po operacjach zalecają dożylnie 500 do 1000 cm³ roztworu fizjologicznego soli z dodaniem 4 do 6 cm³ *hypophysini.*

(Mün. m. W. 1924. 28).

Przeciw wymiotom ciężarnych polecają *theiygan,* podskórnie.

(Zentr. f. Gyn. 1924. 30).

W przypadku niewydolnych bólów porodowych polecają, szczególnie wtedy, kiedy z powodu zamierzonego zabiegu operacyjnego dokonywa się znieczulenia lędźwiowego — **dożylne wprowadzanie płynu mózgowo rdzeniowego.** Tak n. p. ciężarnej z donoszonym płodem nieżywym, kiłowym w związku z pobraniem płynu m.-rdz. na R.Wa — zastrzyknięto dożylnie ten płyn; wystąpiły bóle i poród w ciągu 24 godzin.

(Klin. Woch. 1924. 40).

Przetwory naparstnicowe wprowadzone drogą wziewania. Januschke poleca stosowanie *Tr. strophanti,* w postaci rozpylonej, przez wziewanie. Powołuje się przytem na Moczulskiego, który w ten sposób stosował pierwszy naparstnicę, używając przyrządu Teodora Herynga. Januschke używa przyrządu prostszego, Siegla, dając do kubka z wodą po 12 (do 20) kropel *Tr. strophanti* i polecając wziewać tę dawkę po dwa razy dziennie. Otrzymywał działanie naparstnicowe tam, gdzie po stosowaniu *per os* nie było go. Mówi, że powierzchnia oddechowa lepiej niekiedy wchłania, aniżeli żołądek i kiszki, ponieważ lek przechodząc naczynia włosowate wątroby, kiedy panują wpływy miejscowe zastoju, stany skurczowe naczyń, ulega adsorbcji przez komórki wątrobowe. (Referent przypomina, że myśl wykorzystania powierzchni dróg oddechowych, jako drogi wprowadzania — przez wziewanie — leków pochodzi od Herynga, znakomitego laryngologa polskiego. Wynik dodatni otrzymywany po wziewaniu może jednak zależy nie od wsiąkania poprzez błony śluzowe pierwszych dróg oddechowych, ale też i od wsysania leku osiadłego na błonie jamy ustnej). Rzecz prosta, że do stosowania przetworów sercowych drogą wziewania uciec się należy w przypadkach, w których nie mamy pod ręką podobnych przetworów do stosowania podskórnego, a stosowanie *per rectum* też napotyka na jakieś przeszkody. *S.*

Wraczebnoje Dieło.
Nr. 8—9. 1924.

E. Zalkindsona i L. Płotnikowa **Wpływ prądów d'Arsonval'a na naczynia wyosobnione ucha królika.** Leczenie fizykalne zajmuje obecnie jedno z naczelnych miejsc w medycynie, chociaż istota działania jego na ustrój pod wielu względami nie jest jeszcze w dostatecznej mierze wyjaśnioną. Dlatego też autorowie postanowili zbadać doświadczalnie wpływ prądów o wysokiem napięciu i zmiennej częstości (prądów Tesla-d'Arsonval'a) na naczynia wyosobnionego ucha królika, według metody Krawkowa. Doświadczenia autorów wskazują, że metoda ta jest bardzo cennym środkiem do poznania wpływu energji promienistej na tkankę żywą. Prądy d'Arsonval'a wykazały niewątpliwy wpływ rozszerzający na naczynia ucha wyosobnionego. Odczyn naczyniowy występuje natychmiast po włączeniu prądu. Stopień odczynu naczyniowego znajduje się w ścisłej zależności od stanu pola elektromagnetycznego. Im silniejsze pole, tem znaczniejszy odczyn. Przed rozszerzeniem się naczyń po włączeniu prądu czasami występuje znaczny skurcz. Po wyłączeniu prądu naczynia wracają do stanu normalnego, co niejednakowo występuje we wszystkich naczyniach. Odczyn naczyniowy ucha na drugi dzień po wyłączeniu niczem się nie różni od odczynu w pierwszym dniu doświadczenia.

B. Prawdzicz-Niemińskij. **O kationach grupy amonowej i magnezu w ustroju zwierzęcym.** Chemizm procesu działania amoniaku na tkanki żywe autor przedstawia w następujący sposób: $Mg''X'_2 + NH_4OH + K_2HPO_4 = 2KX + H_2O + Mg'' NH_4' PO_4$, albo według prostszej modyfikacji $Mg'' H'PO_4 + NH_3 = Mg'' NHPO_4$. Badania Horodyńskiego, Zaleskiego stwierdziły, że w mięśniu normalnych psów na 100 gr wagi znajduje się 13 miligr. amoniaku, w mózgu blisko 12, w śledzionie 14,58 i t. d. Widzimy więc, że NH_3 (resp. NH_4) stale znajduje się w najrozmaitszych

narządach, w których też się wytwarzają, na co wskazuje nierównomierna ich zawartość. Współdziałanie NH_3 (resp. NH_4) na pierwociny przewodu pokarmowego wyjaśnia autor w następujący sposób: praca ruchów żołądka stoi w związku z wytwarzaniem się NH_3 (resp. NH_4) przy prawidłowem wydzielaniu gruczołów żołądka. Czynność gruczołów kiszkowych (resp. wytwarzanie amoniaku) w czasie t. zw. okresów może tłumaczyć tak ruch kiszkowy (miejscowe działanie) jakoteż ruchy żołądka (na drodze reflektorycznej ze strony jelit). Żołądek w czasie tych ruchów wydziela nieznaczną ilość śluzu o odczynie zasadowym. Co się tyczy miejscowego działania NH_3 na żołądek i kiszki, to może być ono tłumaczone tak bezpośredniem współdziałaniem na komórki mięśniowe, jak i na nerwy współczulne (i ruchowe?) oraz na miejscowe ośrodki nerwowe. Według Schultze amoniak działa na mięśniowe pierwociny żołądka, gdyż nawet wyraźna pobudliwość występuje na preparatach atropinizowanych. Przytoczone fakta pozwalają na pewne zastosowanie w klinice celem usunięcia przykrych przypadków mocznicy azotemicznej. Doświadczenia Zaleskiego, Nenckiego z podaniem pokarmów, obfitujących w azot, psom z przetoką Ecka wykazały, że praca i pobudliwość przewodu pokarmowego się wzmaga. Magnez w tych przypadkach chemicznie się wiąże z NH_4. Powrotne oddanie magnezu (w postaci połączeń magnezowych) może przerwać lub zmniejszyć w znacznym stopniu zjawiska uremiczne. Niemniej ważnem byłoby wypróbowanie połączeń magnezowych w przypadkach gromadzenia się amoniaku we krwi w ilościach nadmiernych, przekraczających obronne potrzeby ustroju (neutralizujące kwasy) jak n. p. przy cukromoczu i niektórych schorzeniach wątroby (śródmiąższowe zapalenie wątroby, ostry żółty zanik wątroby). Teoretycznie możliwem jest stosowanie przetworów magnezowych przy opanowywaniu wymiotów, usuwaniu spastycznych zatwardzeń lub zmniejszaniu ruchów żołądka w przebiegu wrzodu żołądka.

P. Kutomanow. **Leczenie nerwobólów rdzeniowo-mózgowych wogóle i rwy kulszowej w szczególności nadoponowemi wstrzyknięciami rozczynu fizjologicznego.** Doświadczenia na zwłokach i następnie na szeregu chorych dowiodły, że nadoponowe wstrzyknięcia przedstawiają najłatwiejszy sposób przedostania się do kanału kręgowego celem bezpośredniego zadziałania na korzenie nerwów rdzeniowych i są zupełnie nieszkodliwemi, tak pod względem niebezpieczeństwa zranienia rdzenia jakoteż opon jego. Nadoponowych wstrzyknięć powinno się dokonywać zapomocą powolnego wprowadzenia rozczynu dla uniknięcia przykrych zjawisk pobocznych i w ilościach dostatecznych dla osiągnięcia wyników pożądanych. Przy umiejscowieniu porażenia w splocie krzyżowo-guzicznym wystarcza, zdaniem autora, wprowadzenie płynu w ilości 10—20 cm³. Przy porażeniu splotu krzyżowego używa autor 40—80 cm³. Przy nerwobólach korzeni żebrowych, oskrzelowych, grzbietowych i szyjnych stosuje autor od 50—100 cm³. Przy niewystarczającem działaniu jednorazowego wprowadzenia rozczynu, wskazanem jest po upływie krótkiego okresu czasu wprowadzić rozczyn po raz drugi. Wstrzyknięcie rozczynu do przestrzeni nadoponowej w ilościach znacznych jest zdaniem autora zupełnie bezpiecznem, gdyż doświadczenia jego dowiodły, że zawartość przestrzeni nadoponowej wynosi od 150—350 cm³. Naoponowe wstrzyknięcia rozczynu soli przy nerwobólach autor stosował w warunkach ambulatoryjnych. Przeciwwskazań do przeprowadzenia tego leczenia przy nerwobólach niema, chyba w przypadku zarośnięcia kostnego *hiatus sacralis*, co uniemożliwiałoby wstrzyknięcie. Odsetek wyleczenia rwy kulszowej zwłaszcza w następstwie zakażenia duru wysypkowego wynosił w przypadkach autora z górą 87%. Takich wyników nie daje żaden ze znanych sposobów leczenia.

D. Perelman. **W sprawie wpływu jonów zasadowych i metali ziem alkalicznych na fagocytozę.** Autor postawił sobie za zadanie określić zdatność metodyki opsoninowej dla zbadania wpływu nieswoistych bodźców na sprawę żerności i wyjaśnić działanie jonów zasadowych i metali ziem alkalicznych oraz skontrolować podane wyniki przez Hamburgera. Doświadczenia autora wykazały, że metoda opsoninowa Wright'a może mieć zastosowanie przy badaniach wpływów nieswoistych na fagocytozę *in vitro*. Chemicznie czysty pepton nie okazuje pobudzającego wpływu na białe ciałka, raczej obniża ich energję żerną. Jony Ca. Ba. i Sr. obniżają fagocytarną zdolność ciałek białych *in vitro*. Hamujące działanie Ca. przejawia się wybitniej w fagocytozie surowiczej. Jony Mg. okazują wyraźnie pobudzający wpływ na sprawę fagocytarną *in vitro*. Jony K. nie okazują *in vitro* jakiegokolwiek wpływu na fagocytozę.

G. Gorodisska. **Określenie współczynników utlenienia lipoidów kwasem chromowym.** Autorka zajęła się kwestją oznaczenia współczynników utlenienia lipoidów według Bang'a w tkankach, celem wyprowadzenia jednostki stałej, niezależnej od zużytej dla utlenienia ilości tłuszczów lub lipoidów. Doświadczenia z utlenianiem lipoidów mieszanką chromową przy ogrzewaniu na wrzącej łaźni wodnej w ciągu 2-ch godzin wykazały, że współczynniki utlenienia poszczególnych lipoidów pozostają wogóle jednostkami stałemi, dlatego też modyfikacja utlenienia mieszanką chromową pozwoli zapewne na zastosowanie tej metody w mikrookreślaniu lipoidów w narządach.

C. Kagan. **Obniżenie powierzchniowego napięcia w wyciągach z tkanek nowotworowych.** Znaną jest rzeczą, że obniżenie powierzchniowego napięcia świadczy o wzmożeniu ekspansywnego ciśnienia, zależnego od pęcznienia *(Quellungsdruck)*, co ma uchodzić za wyróżniającą cechę fizyko-chemiczną koloidów rakowych w odróżnieniu od normalnych. Metodykę badań autor zastosował stalagmometryczną. We wszystkich badanych 14 przypadkach pierwotnych nowotworów wyciągi z nich wykazały znacznie mniejsze napięcie powierzchniowe w porównaniu z wyciągami z tkanek homologicznych. Przyczynę stwierdzonego obniżenia napięcia powierzchniowego w wyciągach rakowych w porównaniu z wyciągami z tkanek normalnych, autor dopatruje się w zmianie składu chemicznego, co równoważy wzbogaceniem się substancjami, obniżającemi napięcie powierzchniowe n. p. lipoidami alboteż zmianą stopnia napięcia elektrycznego w koloidach komórek rakowych. Słowem od jakiej przyczyny zależałoby obniżenie napięcia powierzchniowego, daje ono sposobność wytłumaczenia fizyko-chemicznego niektórych cech rozrostu komórek złośliwych, a przedewszystkiem powiększenie się rozmiarów, wypustkowania i ich podział.

S. Lejtes. **Kryza hemoklastyczna.** Doświadczenia autora na królikach z wprowadzaniem śródżylnem najrozmaitszych przetworów rozpadu pośredniego i końcowej metamorfozy azotowej wykazały wyraźną leukopenję ze względną limfocytozą. Produkty rozpadu białka odnoszące się do grupy aminów biogennych, wprowadzane stale podskórnie powodują zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi; chlorek guanidyny i kreatyna działają pobudzająco na cały narząd krwiotwórczy, zwiększając ilość czerwonych ciałek oraz powodują polichromatofilję. Leukopenję w kryzie hemoklastycznej dałoby się wytłumaczyć nadmiernem przedostawaniem się do krwi i nagromadzeniem w niej produktów metamorfozy azotowej niezależnie od ich pochodzenia pierwotnego, pośredniego lub końcowego rozpadu białka; wątroba, jako główny ośrodek przemiany białka odgrywa najważniejszą rolę.

I. Miszczenko. **Jadowitość moczu chorych na gnilca.** Mocz chorych na gnilca jest bardziej trującym niż mocz zdrowego człowieka, przyczem współczynnik urotoksyczny waha się w zależności od najrozmaitszych przejawów klinicznych. Wstrzyknięcie moczu chorych na gnilca królikowi powoduje charakterystyczny zespół objawów, przypominający zapalenie wielu nerwów. Ciekawem zagadnieniem z tych badań jest niewyjaśniona kwestja, dlaczego brak witaminów *C*, który powoduje zwykle obraz patologiczny gnilca w ustroju królika wywołuje stan patologiczny, znamienny dla braku witaminów *B*, to znaczy zapalenie wielu nerwów (*beri-beri*). Roztrzygnąć wspomnianą kwestję mogą tylko dalsze badania nad przemianą materji. *W. Janusz* (Lwów).

Deutsche medizinische Wochenschrift.
Nr. 40. 1924.

Schultze. **W sprawie praktycznego znaczenia i leczenia extrasystolji.** Przeważna liczba extrasystolji jest natury czyn-

nościowej i nie posiada zbyt doniosłego znaczenia w rokowaniu. Często istnieje to zaburzenie kilkanaście lat nie sprawiając choremu żadnej poważniejszej dolegliwości — o ile naturalnie nie jest na tle organicznej wady. W leczeniu stosujemy środki uspokajające oraz naparstnicę i strychninę. Wielkich rezultatów spodziewać się jednak nie należy. W stosowaniu chinidyny należy zachować pewną ostrożność ze względu na towarzyszące temu środkowi objawy uboczne.

Hecht. **Gruźlica u osób z rozedmą płuc.** Przestarzały jest pogląd, jakoby rozedma płuc wykluczała istnienie gruźlicy, na dowód czego podaje autor szereg przypadków, w których oba te cierpienia szły w parze. Przyśpieszony czas opadania krwinek wskazywał jednak na istnienie ukrytej poza rozedmą gruźlicy. Röntgen wykazał też znaczne jamy otoczone silnemi zrostami zbliznowaciałej tkanki łącznej. W leczeniu takich przypadków uwzględnić należy w pierwszym rzędzie stan serca, by przez zbytnie otłuszczenie nie obciążać i tak już utrudnionej czynności mięśnia sercowego.

Seyderhelm. **Rozpoznawanie i leczenie żółtaczki haemolitycznej.** Po podaniu zasad rozpoznawania różniczkowego w odniesieniu do niedokrewności złośliwej i żółtaczki haemolitycznej, dzieli autor tę ostatnią na dwa typy: dziedziczny i nabyty, omawiając w zbiorowym referacie wszelkie dane dotyczące tegoż schorzenia. Szczególnie doniosłem w rozpoznawaniu jest zmniejszenie odporności krwinek a w leczeniu wyjęcie śledziony, jako jedyny może środek usuwający objawy żółtaczki haemolitycznej.

Denecke. **Przewlekła posocznica a choroba Biermera.** Cztery przypadki typowej anemji typu Biermera na tle ukrytego a później stwierdzonego ropienia, przemawia usilnie, zatem że niedokrewność złośliwa często ma swe podłoże w przewlekłem ropieniu. Częstym punktem wyjścia takiego ukrytego ropienia z niedokrewnością typowo Biermerowską jest wedle autorów amerykańskich zakażenie jamy ustnej.

Caan. **Ostitis fibrosa.** Opis w zarysach znanych dotychczasowo danych o tem schorzeniu. Podział i djagnoza różniczkowa między *ostitis universalis* (zmiany w wszystkich prawie kościach) a *monostitis* (schorzeniem ograniczonem do jednej tylko kości) z podkreśleniem wytwarzających się cyst wypełnionych ciągnącą cieczą. Ponieważ etjologja jest jeszcze nieznana więc i o radykalnem leczeniu mowy być nie może a ograniczyć się trzeba do zabiegów symptomatycznych.

Eskuchen. **Rozpoznawanie na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego.** Artykuł polemizujący z wywodami Flockenhaus'a i Fonsera z zeszytu 31 tegoż pisma. Autor wykazuje szereg stwierdzonych przez obu badaczy niemożliwości i zarzuca im, że traktowali djagnostykę w płynie mózgowo-rdzeniowym li tylko ze stanowiska laboratoryjnego zapominając zupełnie o doniosłości obserwacji klinicznej. Tylko dobry klinicysta może z wyglądu płynu mózgowordzeniowego słuszne wyprowadzić wnioski.

Otfried i Fellner. **O czynnej substancji z ciałka żółtego i łożyska.** Nie dwie — jak sądzono — substancje czynne istnieją w działaniu zwalniającem i skracającem krzepliwość krwi, lecz tylko jedna obu ciałom wspólna. Różnica zaś działania polega na wydzielaniu tej samej substancji lecz w odmiennem do siebie stosunku. Substancja owa jest lipoidem przechodzącym częściowo do wodnego roztworu.

Orbach. **Leczenie dużemi dawkami dożylnemi kakodylanu sodowego.** Rodriquez'a sposób leczenia dożylnemi dawkami kakodylanu sodowego o silnej koncentracji w przypadkach zachorzeń mózgowo-rdzeniowych nie jest pozbawiony pewnego niebezpieczeństwa. Autor stwierdził silne zaburzenia w składzie krwi oraz układzie autonomicznym, które go skłoniły do zaprzestania dalszych doświadczeń.

Dr. *J. Smoliński* (Lwów).

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 41. 1924.

G. Barziloi-Vivaldi i O. Kauders. **Zimnica szczepiona — nieprzenoszalna przez widliszki.** Oprócz pewnych różnic klinicznych (atypowy przebieg gorączki, skrajna czułość na chininę) i parazytologicznych (zanikanie postaci płciowych pasożytów zimniczych na korzyść schizogonicznych w szeregu pasaży z człowieka na człowieka) wykazuje zimnica szczepiona sposobem Wagner Jauregga zapomocą krwi ludzkiej, zawierającej zarazki zimnicy, również pod względem epidemjologicznym pewną właściwość odmienną od naturalnej zimnicy, spowodowanej ukłuciem zarażonych widliszków; nie daje się przenosić za pośrednictwem widliszków, o ile szczepy malaryczne są pozbawione postaci płciowych, a to właśnie ma miejsce w starszych pasażach sztucznej zimnicy. Obawy zatem, jakoby szczepienie zimnicy, choćby nawet w okolicach nawiedzanych przez widliszki, mogło się stać przyczyną wybuchu epidemji, są bezpodstawne, o ile tylko używa się szczepów starszych, wolnych od postaci płciowych.

J. Matuschka. **Doświadczenia z kombinowanem leczeniem kiły mirionem wraz z neosalwarsanem.** Mirion, wprowadzony do leczenia kiły przez Kyrlego i Plannera, a farmakologicznie bliżej zbadany przez Froehlicha, zawiera w 5 cm^3 nieco mniej niż 0,1 gr jodu; ustrój jednak dobrze wyzyskuje tę małą ilość jodu, ponieważ jod zostaje złożony w tkankach schorzałych.

Kliniczne zaś spostrzeżenia wskazują na to, że środek ten działa niespecyficznie na zjawiska chorobowe, tak, że ożywia reakcję między ustrojem a zarazkiem. Jest zatem lekiem drażniącym, prowokującym, przytem jednak niema żadnych nieprzyjemnych działań ubocznych. Leczenie przeprowadza się w ten sposób, że po 4—5 zastrzykach mirionu daje się 1-ą injekcję neosalwarsanu, a następnie zastrzykuje się naprzemian mirion i neosalwarsan, ogółem 20—25 injekcji mirionu i 4,5—5 gr neosalwarsanu. Z 4-letniej statystyki 183 przypadków 1-o i 2 rzędnej kiły, obserwowanych w ciągu 1—3 lat, wynika, że kombinacja mirionu z neosalwarsanem zawodzi w nader wyjątkowych razach, z reguły zaś wystarcza jedna do trzech najwyżej kuracji według podanego schematu, przyczem nawroty kliniczne należą do rzadkości. Również w innych okresach kiły, zwłaszcza przy kilakach oraz *mesaortitis luetica*, osiągnęli autorowie b. szybkie i dobre wyniki, a korzystne też przy kile późnej.

R. Weinberger. **O przypadku rozstrzeni oskrzelowej.** U 13-letniej dziewczynki wytworzyły się w następstwie aspiracji kłosu zboża rozstrzenie oskrzelowe, stwierdzone klinicznie i roentgenologicznie. Ponieważ założona po prawej stronie odma sztuczna nie osiągnęła pożądanego skutku, a widoki powodzenia plastycznej operacji klatki piersiowej (thorakoplastyka) były b. małe, spróbowano leczenia zapomocą ułożenia skośnego sposobem Quinckego z wynikiem nadzwyczaj korzystnym. Gorączka ustąpiła; ilość plwociny zmniejszyła się z 360 cm^3 dziennie na 18 cm^3; waga ciała podniosła się o 6 kg; ilość hemoglobiny wzrosła; miesiączkowanie zaczęło występować regularnie i bez dolegliwości; również wpływ psychiczny był b. dodatni. Leczenie stosowano przez $3^1/_3$ miesiąca po 3—5 godzin dziennie.

Schneyer. **Przyczynek do wyjaśnienia działania t. zw. akratothermów.** Autor uważa swoje spostrzeżenia nad wzmożeniem szybkości opadania krwinek czerwonych po kąpielach jako dowód, że ciepłe kąpiele wywierają na ustrój działanie niespecyficzne podobnie, jak parenteralne wprowadzanie białka do ustroju.

Dr. *Adam Finkel* (Lwów).

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. VIII. Z. 3. 1924.

Grossman i Neuman. **Uwagi teoretyczne i praktyczne nad próbą chininową jako badaniem czynnościowem wątroby.** Autorzy polecają jako nową metodę badania czynnościowego wątroby wstrzykiwanie dożylne 0,20 gr *chinini bimur.* z następowem obliczaniem co 20 minut ilości białych ciałek krwi.

Zabieg ten nie wywołuje żadnych zmian w ilości białych krwinek u zdrowych lub chorych nie na wątrobę, ew. nieznaczną leukocytozę; u chorych z uszkodzeniem miąższu wątroby (wszelkie marskości, żółtaczki nieżytowe, zastoinowe, kiła wątroby, wątroba zastoinowa, i t. d.) powoduje stałe leukopenję od 3—50% wartości przed wstrzyknięciem, zależnie od nasilenia niedomogi wątroby. Próba ta w przy-

padkach kończących się pomyślnie wypada ujemnie jeszcze przed ustąpieniem innych objawów przedmiotowych, n. p. żółtaczki, może więc być użytą do celów rozpoznawczych (n. p. żółtaczka nieżytowa a zastoinowa) i dla rokowania.

M o l n a r. **O wymianie cieczy między krwią i tkankami przy chorobach przechodzących z obrzękami.** Badanie refraktometryczne ilości białka, obliczanie objętości czerwonych ciałek i ich ilości w surowicy krwi pobranej z żyły ręki uciśniętej, tak, że dopływ krwi jest utrzymany, dowodzą, że zabieg ten sprowadza zagęszczenie krwi przez odpływ cieczy do tkanek, z powodu zwiększonej — skutkiem toksycznego działania CO_2 — przepuszczalności naczyń i wzmożonego ciśnienia.

Analogję w fizjologji patologicznej można dopatrzeć się w mechaniźmie powstawania obrzęków przy niedomodze serca. Odwrotnie ma się rzecz w próbie Morawitza-Deneckego »badania czynnościowego naczyń«.

Porównanie ilości soli, pozostałości suchej i białka w surowicy krwi pobranej z ręki nieuciśniętej i po 10 minutowem uciśnięciu tak silnem, że dopływ krwi jest zupełnie wstrzymany, wykazuje, że u zdrowych i chorych nie obrzękowych pozostaje jednakże obniżenie punktu zamarzania, natomiast zawartość pozostałości suchej i wartość refraktometryczna są znacznie obniżone.

Następuje rozcieńczenie krwi wynoszące u zdrowych stale 4 - 6% stężenia przed próbą, spowodowane przez dopływ przez ściany naczyń izoosmotycznego roztworu soli ubogiego w białko. Grają tu rolę dwa przeciwne prądy; zwiększony dopływ cieczy z tkanek z powodu zmniejszonego ciśnienia w zapadniętych działaniem CO_2 naczyniach, i równie wzmożony odwrotny z naczyń do tkanek, z powodu tegoż toksycznego działania na śródbłonek naczyń. Przewagę u osobników zdrowych ma prąd pierwszy. Inaczej ma się rzecz u chorych obrzękowych, nerkowych i sercowych i przy obrzękach kryptogenetycznych względnie w chorobie obrzękowej. Zwiększona przepuszczalność naczyń, która jest decydującym czynnikiem w powstawaniu obrzęków w chorobach obrzękowych, przeważa nad dopływem cieczy tkankowej, tak, że następuje zagęszczenie krwi o 1—7% wartości przed próbą. To zagęszczenie względnie uszkodzenie naczyń jest najwyraźniejsze w nefrozach, przy skrobiawicy nerek i w ostatnim okresie niedomogi sercowej; znacznie mniejsze jest w chorobie obrzękowej, w początkach niedomogi sercowej, najmniejsze w ostrych nefrytydach.

Niewątpliwie równie ważnym, kto wie, czy nie ważniejszym czynnikiem niż uszkodzenie naczyń jest w tej próbie odmienne uczulenie »przygotowanych na obrzęk« tkanek na przyjmowanie tlenu i toksyczne działanie nagromadzonego w nich CO_2. Przepuszczalność może być nawet niezmieniona, a tylko zwiększa się może zdolność przyciągania wody przez koloidy tkankowe.

Autor sądzi, że sprawa obrzęków jest zagadnieniem czysto koloidalno-chemicznem; że zawsze pierwotnym czynnikiem jest uszkodzenie tkanek, później dopiero, gdy ściany naczyń przez nadmierne i długotrwałe działanie organipetalnego prądu staną się przepuszczalne, dołącza się wtórnie właściwe uszkodzenie naczyń włosowatych, które wzmaga tworzenie się obrzęków.

Dr. *Stanisław Mossor* (Lwów).

Münch. mediz. Wochenschr.
Nr. 24. 1924.

S p i e t h o f f. **Alkohol stosowany parenteralnie jako środek drażniący.** Alkohol, stosowany w postaci zastrzyków domięśniowych przy rozmaitych chorobach skórnych, jak *Trichophytia profunda,* łuszczycy, czyrakach, powikłaniach rzeżączkowych, zmianach gruźliczych skóry i t. d. daje bardzo dobre wyniki. Sposób stosowania łatwy i nieskomplikowany: 99% alkohol rozcieńcza się odpowiednio wodą destylowaną i w ilości 0,1—0,3 cm³ *alc. absol.* wstrzykuje co 2—3 dni, zależnie od odczynu miejscowego i ogólnego.

D o b r e f f. **O t. zw. sekretynie, wyciągu z pokrzywy parzącej.** Sporządzony specjalną metodą wyciąg z pokrzywy parzącej (podobny do wyciągu ze szpinaku), zastrzykiwany psom operowanym metodą Pawłowa, wywoływał znacznie wzmożone wydzielanie soku żołądkowego i trzustkowego.

B o g e n d ö r f e r i B u c h h o l z. **O wpływie sposobu odżywiania na skład soku jelita cienkiego.** Badania wykazały, że skład zaczynów jelita cienkiego zależnym jest od sposobu odżywiania, podobnie flora jelita zmienia się stosownie do przyjmowanych pokarmów. Przy djecie węglowodanowej, wzmaga się wydzielanie diastazy i występują liczne gramo-dodatnie pałeczki, zaś przy djecie białkowej wzrasta wydzielanie się trypsyny i pojawiają się bardzo liczne *bact. lactis aërogenes.*

E d e n. **O powstawaniu, zapobieganiu i leczeniu pooperacyjnego zapalenia płuc.** Pooperacyjne zapalenie płuc powstaje zdaniem autora pomimo najkorzystniejszych warunków operacji, z powodu wzmożonego wysięku nabłonków, wyścielających oskrzela i oskrzeliki, a także wskutek nerwowego podrażnienia.

Aby zapobiec zapaleniu płuc, należy usuwać stany nieżytowe dróg oddechowych, zwrócić baczną uwagę na zachowanie się serca i na oddechanie.

Autor zaleca stosowanie wśródżylne Afenil'u, preparatu wapnia, który zmniejszając wysięk nabłonków, działa równocześnie w kierunku obniżenia pobudliwości nerwowej. Stosuje się wieczorem przed operacją, następnie po operacji, należy tylko uważać na technikę zastrzyku, bo po dostaniu się pod skórę wywołuje nekrozę. Jeśli mimo tych środków zapobiegawczych przyjdzie do zapalenia płuc, uzyskuje autor dobre wyniki wstrzykując wśródmięśniowo: *chininuretan.*

F o h l. **Doświadczenia i wyniki konserwatywnego leczenia gruźlicy chirurgicznej metodą zastrzyków Calot'a.** Jestto metoda, którą można stosować w przypadkach zropiałych, lub stwardniałych gruźliczych gruczołów szyjnych, gruźliczych zapaleniach stawów, zimnych abscesach jakoteż przetokach. Mieszanka injekcyjna, której skład autor podaje, jest dwojakiego rodzaju, zależnie od tego, czy ma służyć do wytworzenia tkanki włóknistej i zabliźnienia rany, czy też do poprzedniego rozmiękczenia tkanek chorobowo stwardniałych. Abscesy należy najpierw spunktować, a potem wstrzykiwać mieszankę Calot I; przy przetokach używa się zamiast mieszanki pasty, którą pod małem ciśnieniem się wstrzykuje. Wyniki leczenia co prawda na dość małym materjale zebrane są dobre, autor jednak radzi, by przy tym sposobie leczenia nie zapominać także o metodach dotychczas stosowanych.

R i e d e l. **O stosowaniu Tutocain'y w chorobach nosa i gardła.** Autor podaje bardzo dobre wyniki po stosowaniu Tutocain'y w roztworze $^1/_1$—$^1/_2$% dla celów rozpoznawczych i roztworu 5% dla celów leczniczych. Środek ten jest mniej trujący, silniej działający i tańszy niż kokaina.

S t r a u s k y. **Zimnica i padaczka.** Opisany przypadek wystąpienia napadów padaczkowych mających być następstwem przebycia zimnicy podzwrotnikowej.

Fr. Czobanówna (Lwów).

Archives des Maladies de l'appareil digestif.
Nr. 6. 1924.

R. G r é g o i r e. **O patogenezie i leczeniu idiopatycznych rozstrzeni przełyku.** Autor poddaje krytyce teorje dotyczące patogenezy tego cierpienia i podkreśla nieścisłość używanego często dla oznaczenia go miana *»cardiospasmus«.*

Badania radjologiczne, jak i wyniki autopsji stwierdzały zawsze, iż zmiany anatomiczne przełyku nie przekraczają ku dołowi pierścienia przeponowego a część wpustowa żołądka nie wykazuje zmian chorobowych. Należy więc raczej używać miana *»phrenospasmus«*, tembardziej, że pierścień przeponowy spełnia rolę fizjologicznego zwieracza przełyku. Jednak patogeneza roztrzeni przełyku nie jest jednolitą. Oprócz stanów spastycznych wywołać ją może brak koordynacji między funkcją mięśni przełyku a zwieraczem, przerost zwieracza lub wrodzona wąskość jego światła. Należy podkreślić fakt, że w wielkiej części przypadków światło przełyku wykazuje wyraźne zwężenie w swej części przeponowej, skutkiem zmian patologicznych w ścianach.

Zaleganie pokarmów wywołuje rozstrzeń części ponadprzeponowej, która powiększa się coraz bardziej skutkiem tworzenia się załamków.

Metody operacyjne (przecięcie zwieracza przeponowego i *oesophagoplastyka* względnie zespolenie przełykowo-żołądkowe) napotykają na znaczne trudności ze względu na dostęp.

Autor podaje własną metodę dostępu do pola operacyjnego bez naruszania jam surowiczych.

L. Delherm i A. Lagnerrière. O stosowaniu **elektroterapji przy zaparciu stolca**. Elektroterapja, według autorów, nie działa jako środek przeczyszczający, lecz ma za cel doprowadzenie jelita do normalnej sprawności.

O ile chodzi o zaleganie treści w lewym odcinku kiszki grubej, przyczem chorzy nie odczuwają bólów, autorowie stosują galwano-faradyzację, bądź przerywaną, przy stanach atonicznych, bądź zwyczajną, przy stanach spastycznych.*

Przy obstypacji prawostronnej zwłaszcza, gdy towarzyszą jej bóle i objawy zapalne, polecają prąd stały ewentualnie diatermję.

O ile zaparcie jest objawem wtórnym, towarzyszącym n. p. cierpieniom ginekologicznym, nie należy zaniedbywać leczenia pierwotnego n. p. przez radjoterapję. O ile zmiany spastyczne jelit towarzyszą zrostom, lub są powikłaniem kamicy żółciowej, diatermja oddaje dobre usługi. Nie należy jednak przez stosowanie elektroterapji zwlekać z wykonaniem zabiegu chirurgicznego przy podejrzeniu obecności guzów nowotworowych jelita. *Czeżowska* (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVIII. Posiedzenie naukowe w d. 31 października 1924.

Przewodniczy: kol. Leńko.

Obecnych 98 członków.

1. Kol. Andruszewski przedstawia **przypadek strupnia woszczynowego z rzadkiem umiejscowieniem na twarzy w wewnętrznych kątach powiek.**

W dyskusji kol. Leszczyński przypomina przypadek strupnia z ogniskiem o postaci podobnej do *herpes tonsurans*, na ramieniu.

2. Kol. Czyżewski przedstawia przypadek **ropnia wątroby u 8 letniego dziecka**.

3. Kol. Zalewski mówi: **O plastyce zniekształceń nosa, powstałych wskutek urazu lub spraw chorobowych, zwłaszcza kiły III.** Mówca przedstawia zdjęcia fotograficzne 2 przypadków takiej plastyki, wykonanej na klinice laryngologicznej.

W dyskusji kol. Schramm podnosi trudności wykonania plastyki w przypadkach, w których brak jest przegrody nosowej. W tych razach sposób ś. p. Chomickiego jest bardzo dobrą metodą. Wstawia on mianowicie nietylko blaszkę kostną wzdłuż grzbietu nosa, ale także drugą prostopadłą do tamtej, a opierającą się o kolec szczęki górnej.

4. Kol. Laskownicki przedstawia **instrument: ecraseur de Martela do resekcji żołądka.**

W dyskusji kol. Schramm gorąco poleca ten ściskacz żołądka, jako instrument bardzo praktyczny. Zaletą jego jest, że nie jest skomplikowany i nie dopuszcza do wtórnego zakażenia przy resekcji żołądka. S. wypróbował go na szeregu operacyj.

5. Kol. Smoliński wygłasza odczyt pod tytułem »**Przyczynek do klinicznej serodjagnostyki nowotworów złośliwych**«. Mówca podnosi na wstępie ważność wczesnego rozpoznania nowotworów i przechodzi do omówienia najnowszych badań, polegających na zaburzeniu wzajemnego stosunku albumin do globulin. Badania mówcy dotyczyły metody Fischera, opierającej się na zmianie zachowania się białka surowiczego pod wpływem alkoholu etylowego, o ile tę surowicę zadano uprzednio roztworem żelatynowym. Żelatynowy roztwór uodpornia globuliny przeciw koagularji, natomiast nie czyni tego w stosunku do albumin. Fischer spostrzegł, że surowica chorych na raka daje pod tym względem odczyn podobny do albuminowego. Tłumaczy to tem, iż w przypadkach nowotworów złośliwych są albuminy nieosłonione wałem globulinowym, jak to bywa w surowicy normalnej. S. badał metodą Fischera szereg surowic w najrozmaitszych przypadkach, używając swej modyfikacji uproszczającej i skracającej w znacznym stopniu całą metodę. Większość przypadków stwierdzonych klinicznie nowotworów złośliwych wykazała odczyn dodatni w przeciwstawieniu do innych, u których był ujemny. Pewien szereg stanów, jak niedokrewność charłaków, może także dać wynik dodatni, ale jako późno występujący nie wchodzi w rachubę w przypadkach wczesnych, dla których metoda Fischera jest przeznaczona. To, że występuje ona przy ciąży i w krwi dziecięcej, powinno być przy stosowaniu metody uwzględniane. Ujemne strony próby zjawiające się w stanach, które innemi metodami łatwo wykryć, nie przeszkadzają do zaliczenia jej do szczęśliwie pomyślanych metod dla wczesnej klinicznej serodjagnostyki nowotworów złośliwych.

W dyskusji przemawiali kol. Ziemilski o wartości metod serologicznych wczesnego rozpoznawania nowotworów.

Kol. Sochański podaje przegląd dotychczasowych metod klinicznych, stosowanych w celu wczesnego rozpoznania raka. Metody te są oparte na wahaniach w stosunku, względnie ugrupowaniu, albumin i globulinów S. uważa je za najsubtelniejsze i stąd najwcześniej zjawiać się mogące. Zmiany polegające na większych zaburzeniach w chemizmie zjawiają się później, stosunek albumin do globulinów ulega najwcześniej zakłóceniu, a on to, pojęty jako wyraz wzajemnego ugrupowania tych ciał, jest podstawą metody Fischera. Wielka subtelność zjawiska może być z natury rzeczy przyczyną pewnych klinicznie ujemnych stron wspomnianego sposobu, bo nowotwory, nie dające w istocie w początkowym okresie żadnych jakościowo swoistych zmian, ale przejawy cechujące wpływ na ustrój wywierany przez komórki o potężnej energji rozrodczej, mogą na chemizm zadziałać podobnie do pewnych stanów, w których zjawiają się w organizmie komórki bardzo żywotne, choć nie nowotworowe. Wszystkie stany tego typu, jakoteż i kilka innych odmiennego rodzaju, są łatwo dostępne innym metodom, dają się wykluczyć i nie mogą być zasadniczo przeszkodą w ujęciu sposobu Fischera jako pożytecznego nabytku dla kliniki. Nieliczne klinicznie ujemne strony metody mają przyczynowy podkład naukowo bardzo interesujący i mogą odchylać rąbek tajemnicy, jaką osłania jeszcze problem istoty nowotworów złośliwych i ich stosunek biologiczny do innych komórek obdarzonych potężną energją życiową.

Dr. *T. Falkiewicz*, sekretarz doroczny.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 30 września 1924 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

Prezes zawiadamia o śmierci długoletniego członka Zarządu Kasy Wsparć wdów i sierot po lekarzach z pośród kolegów, nie należących do Towarzystwa lekarskiego, ś. p. Teofila Żery, oraz o śmierci członka czynnego Tw-a ś. p. Aleksandra Karoliego i wzywa zebranych do uczczenia pamięci zmarłych przez powstanie.

Zebrani wstają z miejsc, aby uczcić pamięć zmarłych.

1. Kol. J. Rutkowski wygłosił rzecz p. t. **Badania nad izoaglutyninami.**

2. Kol. Cieszyński i Hacowa wygłosili odczyt p. t. **Częstość czerwi u dzieci warszawskich.**

W dyskusji kol. St. Kopczyński wypowiada przypuszczenie, że żydzi dlatego wykazują rzadsze zakażenie czerwiami, ponieważ jadają dużo cebuli i czosnku. K. żałuje, że w swoich badaniach mówca nie postawił sobie za zadanie zbadania objawów klinicznych przy czerwiach. Kol. Świderski uważa, że sprawa eozynofilji, odchylenia dopełniacza w piśmiennictwie nie jest dostatecznie wyjaśniona. S. przytacza przypadek, w którym u staruszki, zmarłej bez żadnych objawów klinicznych, stwierdzono 29 egzemplarzy bróżdgłowca szerokiego. Tasiemca karłowatego najczęściej można stwierdzić na Kaukazie, gdzie znaczna ilość gryzoniów dostaje się do składów z żywnością, do spiżarń i zanieczyszcza je. Mówca nie stwierdził bróżdogłowca szerokiego w Warszawie, na Pomorzu stwierdza się tych tasiemców dużo.

W odpowiedzi kol. Cieszyński uważa wyjaśnienie kol. Kopczyńskiego za przypuszczenie jedynie, nad którem się zastanawiał. Uwagi kol. Świderskiego przemawiają za tem, aby się zająć badaniami nad obecnością czerwi w różnych stronach kraju i określić geograficzne ich rozpowszechnienie.

4. Kol. K. Zieliński zapytuje, ilu żydów było wogóle badanych i uważa, że ze stosunku 100 badanych żydów w porównaniu do 800 badanych chrześcijan nie można wyprowadzać wniosku, że u żydów pasorzytów spotyka się mniej, choćby nawet brać stosunek w odsetkach.

Posiedzenie kliniczne w dniu 7 października 1924 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

1. Kol. H. Higier. Pokaz chorej z **pierwotną padaczką** (*epilepsja genuina*), dającą się stale przerywać przy pomocy ucisku kończyny dolnej; 25 letnia panna, od 12-ego roku życia dotknięta jest padaczką klasyczną. Zwiastuny występują stale w lewej łydce. Gdy uda się chorej w porę mocno ucisnąć nogę, to przykre parestezje i drgawki w niej ustają i napad przerywa się. O ile pomoc ta w porę nie nadchodzi, a senzacje, podnosząc się ku górze, dosięgną do łuku żebrowego, drgawki się stają ogólnemi i chora traci przytomność, budzi się po napadzie z bólem głowy, ze skaleczonym językiem, mimowolnem moczeniem i t. d. Chora nauczyła się przerywać te napady tak dobrze, że mimo kilka razy dziennie występujących zwiastunów z drgawkami w łydce, napady zupełne zdarzają się zaledwie raz na kilka lat. Higier spostrzegał kilka takich chorych. O metodzie tej wspominają już starożytni lekarze greccy we Francji pisał o tym zabiegu Bravais. Należałoby się przekonać czy inne doraźne, a silne bodźce skóry, tak samo skutkują. H. przeprowadzając analogję między działaniem środków odciąga-

jących na skórę (*derivantia*) w chorobach wewnętrznych, a tym zabiegiem, usiluje wytłumaczyć działanie hamujące na korę mózgową. Studja nad pasami przeczulicy (*hiperestezji*) Heada i nad oporem mięśniowym, słowem nad odruchami trzewno-czuciowemi i trzewnoruchowemi w schorzeniach narządów klatki piersiowej i brzucha, ułatwiają zrozumienie patogenezy. Tu i ówdzie niuch tabaki lub łyk soli kuchennej też przerywa napad.

W dyskusji kol. Pawinski uważa pokaz za ciekawy. Przedstawiony przypadek przypomina spostrzeżenia Notbnagla postaci *angina pectoris vasomotorica*. Bodziec do ataku padaczki idzie z obwodu, a mianowicie skurcz naczyń obwodowych wywołuje w ośrodkowym układzie nerwowym zmiany, prowadzące do ataku.

2. Kol. J. Pawiński wygłosił rzecz p. t. **„Chinidyna, jako lek przeciw niemiarowości ruchów serca“.** (Przeznaczono do druku w Pol. Gaz. Lek.)

W dyskusji kol. Semerau-Siemianowski przedstawia wyniki swoich badań nad działaniem chinidyny, stosowanej w 14 przypadkach, popartych krzywemi elektrokardjograficznemi.

Kol. K. Tokarski wspomina o stosowaniu chinidyny na oddziale wewnętrznym Szpitala Przemienienia Pańskiego. Kol. Puławski Arkadjusz spostrzegał w częstoskurczu napadowym działanie chinidyny. Niekiedy w ciężkim stanie, w którym napady występowały co 10 — 12 dni i trwały kilka dni, chinidyna podawana w dawkach po 0,2 1—2 razy dziennie działała dodatnio i lepiej, niż inne środki, tak, że ataki częstoskurczu napadowego nie powtarzały się. Chininę P. stosował w częstoskurczu w chorobie Basedowa z bardzo dobrym wynikiem. Dwaj lekarze amerykańscy (Jackson) leczyli częstoskurcz w chorobie Basedowa chininą bromową i stwierdzili wyleczenie w 42%.

Kol. Rzętkowski K. omawia sprawę mechanizmu działania chinidyny w chorobach serca. Stosowanie chininy zaczęło się dawno. U nas stosował ją Chałubiński w niemiarowości tętna. Na środki nasercowe, jak naparstnica, baryt, wapno, chinidyna, chinina, Rz. zapatruje się, jak na trucizny. Chinidyna działa w mniejszych dawkach, niż chinina. Środki nasercowe, hamując rozbujało komórki sercowe, uspokajają je, anabolizm przedłuża się i komórki mięśnia sercowego odżywiają się lepiej. Wzmacniają one serce pośrednio. Chinidyna nie wpływa na wydatność skurczów serca. Przeglądanie krzywych elektrokardjograficznych w piękny sposób charakteryzuje działanie chinidyny. Hamuje ona pobudliwość do skurczu mięśni przedsionka, następnie zaczyna występować załamek przedsionkowy wcześniej niż normalnie, t. j. wpływa chinidyna na przewodnictwo, które staje się utrudnionem. Pod wpływem poprawy krzywa elektrokardjograficzna przybiera charakter normalnej krzywej. Działanie chinidyny upodabnia się do działania naparstnicy. Chinidyna może działać jedynie na komórki odwracalne, t. j. takie, których czynność może powrócić. Sposób wchłaniania chinidyny w ustroju jest niewyjaśniony. Pomimo niebezpieczeństwa Rz. uważa, że przyszłość chinidyny leży w stosowaniu jej dożylnie. Chinidyny nie należy stosować tam, gdzie naparstnica łatwo może usunąć objawy. W tych przypadkach, gdzie naparstnica nie usuwa objawów, wskazane jest w końcowym okresie podawania naparstnicy wstawiać chinidynę w ciągu 3—4 dni jednocześnie z naparstnicą. Naprzemian z naparstnicą należy stosować wapno. Najlepiej podawać chinidynę tam, gdzie chodzi o usunięcie niemiarowości oraz u osób wrażliwych na naparstnicę.

Kol. Higier podkreśla, że nie widuje się przypadków stałej niemiarowości tętna u zwierząt. Na skuteczność chinidyny zwrócił uwagę Wenckenbach, ale chininę zalecali w niemiarowości już w 70-ych latach z. st. Romberg, Leyden i Traube. Z innych zupełnie względów stosowali ją również polscy lekarze. H. nie widział skutku po podawaniu chinidyny w 2-ch przypadkach częstoskurczu, natomiast znane są przypadki, kiedy chory przerywa atak częstoskurczu serca przez wywołanie palcem wymiotów. Napady mogą znikać również przez ucisk na gałki oczne.

Kol. J. Kramsztyk stosował chinidynę w dawce 0,5 dziennej, podzielonej na dwie części w częstoskurczu napadowym w przypadku bardzo ciężkim, gdzie ataki powtarzały się co 12—14 dni i trwały od 10 do 14 godzin, i stwierdzał zupełne usunięcie napadów.

Kol. K. Zieliński zwraca uwagę na to, że pomimo najdokładniejszej fabrykacji chininy, czystej chininy w sprzedaży nie było, zawsze była domieszka chinidyny, cinchoniny. Może być, że właśnie ta domieszka wpływa dodatnio na czynność serca.

W odpowiedzi kol. Pawiński podkreśla, że na podstawie dokładnej znajomości kardjografji i elektrokardjografji, jak również osobistych licznych spostrzeżeń i na zasadzie danych zaczerpniętych z piśmiennictwa i postanowił przedstawić kolegom w streszczeniu zastosowanie i działanie chinidyny. P. szło oto, aby koledzy mogli bez rzadkiego dziś elektrokardjografu orjentować się w stosowaniu chinidyny i wiedzieli, czego można od leku tego oczekiwać. Na twierdzenie, że leków, należących do grupy glikozydów sercowych, nie można nazywać tonizującemi, bo wszystkie są truciznami dla serca, nie zgodziłby się żaden klinicysta, ani fizjolog. W dużych dawkach, które obecnie często są używane, leki te mogą być truciznami lecz stosowane odpowiednio posiadają niewątpliwie własności krzepiące mięsień serca i tonizujące układ naczynio-ruchowy. Twierdzenie, że chinidyna i naparstnica działają jednakowo jest zupełnie błędne. Wprawdzie obie zwalniają ruchy serca, zupełnie inną jednak drogą. Naparstnica przez podrażnienie nerwu błędnego, chinidyna zaś przez przytępienie czterech własności aparatu mięśniowo-ruchowego serca (chronotropizmu, batmotropizmu, dromotropizmu, inotropizmu). Identycznego z chinidyną działania chininy w niemiarowości zupełnej spostrzeżenia P. nie potwierdzają.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 września 1924 r.

Przewodniczący kol. Kozłowski.

Obecnych 18 członków T-wa i 3 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokóły z dnia 9. IV. i 16 IV. b. r.

3. Kol. Gosiewski odczytał referat: **„O wpływie układu wegetatywnego na ustrój“.** Metodyczne badania nad układem roślinnym rozpoczęły się dopiero od Claud-Bernarda. Układ nerwowy dzielimy na zależny i niezależny od impulsów świadomej woli. Ten ostatni nazywamy roślinnym, wegetatywnym. Wspólną cechą układu roślinnego jest oddziaływanie na nikotynę, która, jak się okazało, poraża zakończenia nerwów wegetatywnych w zwojach. Rozróżniano w układzie wegetatywnym dwa pododdziały: para i sympatyczny na zasadzie różnicy w działaniu fizjologicznem, przeważnie antagonistycznem i różnego odczynu na trucizny. Parasympatyczny nazywają różni autorzy autonomicznym, czaszkowo-opuszkowym. W skład jego wchodzi układ nerwu błędnego. Rozróżniają jeszcze układ miejscowo ośrodkowy, ale badania nad nim są dopiero w zaczątkach. Wspólną anatomiczną cechą jest wstępowanie do zwojów przed wstąpieniem do tkanki. Ośrodki leżą w mózgu (okolica lejka) i rdzeniu przedłużonym. Ośrodki układu para i sympatycznego są zwykle w łączności. Anatomia: gałązki nerwu współczulnego wychodzą z kręgów piersiowych i 4—5 lędźwiowych. Z pięciu piersiowych gałązki biegną do zwoju szyjnego górnego (*ganglion cervicale superius*), stąd do oka i do ślinianek, z 1—4 kręgów gałązki do zwoju gwiaździstego (*ganglion stellatum*), stąd do serca i oskrzeli; od V—XII — nerw trzewny większy (*nervus splanchnicus major*) do zwoju trzewnego (*ganglion coeliacum*), stąd do żołądka i kiszek, ruchowe i wydzielnicze do wszystkich gruczołów, jedna gałązka do zwoju krezkowego górnego (*ganglion mesentericum sup.*), stąd do okrężnicy, od 1—5 lędźwiowego do zwoju krezkowego dolnego (*ganglion mesentericum inferius*), stąd do pęcherza, odbytnicy, narządów płciowych. Anatomja układu parasympatycznego: z śródmózgowia nerw okoruchowy, z opuszki — struna bębenkowa (*chorda tympani*) do ślinianek i nerw błędny do gruczołów wydzielniczych, serca, oskrzeli, kiszek (ruchowe), z rdzenia krzyżowego jako nerwy miednicowe (*nervi pelvici*) do pęcherza, okrężnicy, prostnicy, narządów płciowych. Przebiegają one oddzielnie, w tkankach zawsze są razem — *sympaticus* z naczyniami krwionośnemi. — Działanie na naczynia: *sympaticus* — zwężacz, „*parasympaticus* — rozszerzacz. Na wydzielanie: nerw błędny hamuje, współczulny podnieca; na serce — pierwszy hamuje, drugi podnieca; na ruchy perystaltyczne odwrotnie współczulny hamuje.

Na trawienie układ wegetatywny wpływa przez ślinianki i gruczoły o wydzielaniu zewnętrznem. Na wchłanianie przez zmiany w grubości śródbłonka i światło naczyń. Zawsze układ parasympatyczny hamuje, sympatyczny podnieca. Na przemianę materji i energję wewnątrztkankową wpływa on zapomocą gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu można podzielić na dwie grupy: współdziałające z procesami rozpadu i syntezy. Pierwsze sympatikotoniczne i drugie wagotoniczne.

Na stan elektrolitów wpływ zaznacza się w różnem powinowactwie do jonów. Stosunek Na: K: Ca reguluje się przez symp. i parasympat. (ostatni zatrzymuje Na Cl). Odczyn ustroju reguluje układ wegetatywny zapomocą wątroby, przyczem ilość wywiezionych kwasów z ustroju zmniejsza się przez drażnienie nerwu błędnego. Przy drażnieniu nerwu współczulnego zapomocą adrenaliny ilość cukru we krwi rośnie, w wątrobie zaś i mięśniach glykogen znika. Odwrotnie przy drażnieniu nerwu błędnego, proteolityczną czynność wątroby i magazynu białkowego w niej złożonego hamuje podrażnienie nerwu błędnego, ilość globulin we krwi rośnie. Synteza cukru wymaga synergetyzmu, faktów mamy mało poza przytoczonym.

Na procesy odnowy, hygjogenezę, parasympatyczny układ przyspiesza gojenie ran, sympatyczny — odwrotnie.

Na energetyczną przemianę parasympatyczną działa w kierunku nagromadzania energji, sympatyczny — wydalania (spółczynnik oddechowy w Basedowie i patologicznej otyłości).

Uogólniając: parasympaticus jest instrumentem nagromadzającym, sympaticus wydalającym. Przypuszczalnie zakończenia dochodzą do protoplazmy — może nerwy współczulne do protoplazmy, parasympatici do jądra; z kolei te zakończenia są drażnione zapomocą wyładowań elektrycznych, powstałych

w następstwie różnicy koncentracji jonów w półprzepuszczalnych błonach.

W dyskusji wspomina kol. Ingster o znaczeniu badań nad układem wegetatywnym dla terapji. Tak n. p. pewne postaci dychawicy oskrzelowej uważa się jako nerwicę typu vagotonicznego i, opierając się na tem, skombinowano nawet środek asthmolysinę, zawierający adrenalinę i atropinę t. j. dwa środki działające pobudzająco na układ sympatyczny, antagonistyczny do systemu nerwu błędnego. Niektóre postacie zwolnienia tętna i jego niemiarowości, które mają charakter vagotoniczny, leczy się z powodzeniem atropiną. Rozróżniane przez Hess-Eppingera dwa typy: sympatykotoniczne i vagotoniczne przy bliższem badaniu okazały się jako nierealne, ale naprowadziły na spostrzeżenia, które częściowo potwierdzają teorję tych autorów.

Posiedzenie naukowe w dniu 22 października 1924 r.

Przewodniczący kol. Kozłowski.

Obecnych 18 członków, 2 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia w dniu 24. IX. 1924 r.

2. Kol. Zahorski w imieniu Rady miasta Sosnowca zaprasza Tow. lekarskie na zebranie dla omówienia sprawy budowy sanatorjum dla gruźliczych chorych. Wybrano kol. Dennela i kol. Kotarskiego.

3. Kol. Nasiłowski wygłosił referat pod tytułem »Najważniejsze zagadnienia współczesnej pedjatrji«. Podkreślając olbrzymi rozwój nauki o chorobach dzieci w ostatnich dziesiątkach lat, sprawozdawca omówił zaburzenia przewodu pokarmowego u niemowląt, etjologję i patogenezę krzywicy, badania współczesne nad etjologją płonicy i odry, badania nad odpornością w chorobach zakaźnych (immunobiologją); streścił następnie poglądy współczesnych pedjatrów na gruźlicę i kiłę, omówił sprawę lecznictwa i dawkowania leków w praktyce dziecinnej, zwrócił uwagę na psychikę dziecka i na rolę lekarza w psychicznym rozwoju dziecka. Zwracając wreszcie uwagę na doniosłe znaczenie zagadnień społeczno-organizacyjnych w pedjatrji, mówca rozpatrzył stosunki, panujące pod tym względem w Zagłębiu Dąbrowskiem, wreszcie zwrócił uwagę na to, że T-wo lekarskie powinno postarać się o przywrócenie szpitala wyłącznie dla dzieci.

4. W sprawach bieżących sekretarz T-wa zwrócił się do obecnych z prośbą o powzięcie uchwały, aby na przyszłość nie rozsyłać imiennych zawiadomień o posiedzeniach Towarzystwa. Zebrania odbywać się będą stale w pierwszą środę po 15 każdego miesiąca w sali Magistratu miasta Sosnowca o godz. 8. wiecz. Wzmianki o zebraniach będą podawane w »Iskrze«. Sekretarz odczytał protokół sądu koleżeńskiego w sprawie kol. Butkiewicza i Suchodolskiego. Kol. Gosiewski podał do wiadomości, że okazała się książeczka dr. Kunickiego pod tyt. »Vademecum«, zawierająca wskazówki terapeutyczne. Książeczka ta powinna ulec szczegółowej krytyce sfer lekarskich. Dr. *B. Budzyński*, sekretarz.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 5 listopada 1924 r.

Przewodn. kol. Januszkiewicz. — Sekr. kol. Trzeciak

Obecnych 82 osób, w tej liczbie członków T-wa 51 osób.

1. Odczytanie protokółu z dnia 22 października r. b.

2. Kol. Jabłonowski zdaje sprawę z jubileuszu dr. Seweryna Sterlinga w Łodzi

3. Kol. Szymański: Pokaz chorego z wągrem w ciałku szklistem. Chora jest pod obserwacją od sierpnia i przez ten czas wągr urósł podwójnie. Za pomocą wziernika elektrycznego Wolfa można zobaczyć w dolnej części ciałka szklistego kopułę wągra i czerwiocha. Kopuła ta na obwodzie daje złocisty odblask. Obniżenie ostrości wzroku (liczy palce przed okiem) objaśnia się mętami w ciałku szklistem oraz zapaleniem siatkówki wskutek jej zatrucia przemianą materji wągra. W ciałku szklistem widać wealowatą siateczkę zapomocą lampy szczelinowej. Pokaz wągra odbywa się zapomocą wziernika Wolfa oraz lampy szczelinowej. Mówca przedstawia brazylijskie kolorowane wydawnictwa ogłoszonych przypadków wągra w oku przez prof. Abreu Fialho i Gomez Pereira, a także publikację hiszpańskiego prof. Marqueza o bąblowcu w oku w przedniej komorze.

4. Kol. E. Czarnecki, wspomniawszy o odnośnych wynikach otrzymanych w laboratorjum prof. Ciechanowskiego w Krakowie, pokazuje zwierzęta z Zakładu Patologji Ogólnej U. S. B. ze zmianą skóry po stosowaniu smoły pogazowej Zwierzęta doświadczalne (myszy białe, świnki, króliki) smarowano smołą pogazową (z drzewa) 2—3 razy tygodniowo. Myszkom i świnkom smarowano skórę w okolicy kręgosłupa, królikom zaś wewnętrzną powierzchnię ucha. Po 88 smarowaniach u królika otrzymano 2 rogi skórne, jeden o wymiarach 17 mm. 8 mm, 8 mm, drugi — 6 mm, 3 mm, 3 mm, u myszki po 188 smarowaniach 2 guzki w postaci brodawek; u świnek w tym samym czasie żadnych zmian na skórze nie stwierdzono. W najbliższym czasie przewiduje się usunięcie jednego z guzków w celu zbadania anatomo-patologicznego.

Dyskusja: Kol. Trzebiński zastrzega się, ażeby audytorjum nie zrozumiało pokazu kol. Czarneckiego jako pokazu doświadczalnego raka. Tymczasem mamy do czynienia tylko z nowotworem, którego przyrodę wykaże dopiero badanie mikroskopowe. Kol. Szmurło winszuje prelegentowi doskonałego wyniku w doświadczeniach. Co zaś do teoretycznej części przemówienia, nie mógłby się zgodzić z mówcą, że podrażnienie stanowi główną przyczynę powstawania raków. Sprawa ta nie przedstawia się tak prosto, teorja podrażnienia wcale nie objaśnia, dlaczego raki występują dopiero w pewnym wieku, nie tłumaczy wcale również przewagi pewnej płci tam, gdzie istnieją jednakowe warunki powstawania raka dla obu (raki krtani), nie tłumaczy wcale zagadnienia dziedziczności, które występuje na widownię z coraz większą natarczywością. Teorja podrażnień miejscowych objaśnia jeden sposób powstawania raka, ale nic więcej, nie mówi i nie da się bynajmniej zastosować do innych zagadnień z dziedziny powstawania i rozwoju nowotworów nabłonkowych. Kol. Szymański widział w Strasburgu raki żołądka u szczurów karmionych czarnemi karaluchami. Kol. Kopeć: pokazane preparaty narazie są dowodem, iż pod wpływem podrażnienia powstają nowotwory. Dalsze badania mogą dać przyczynek do teorji powstawania raka. Gdy mowa o teorji podrażnienia, należy wspomnieć o teorji Ribberta, który dowodzi, iż podrażnienie nie jest bezpośrednią przyczyną powstawania raka, lecz ułatwia jego wytwarzania się, o ile w miejscu podrażnienia z czasów życia embrjonalnego pozostały komórki, które zachowały własności embrjonalne.

5. Kol. Kozłowski: Sprawozdanie z delegacji do Holandji w miesiącu IV—V r. b. w celu studjów sanitarno-higjenicznych.

6. Dział administracyjny. Prezes przypomina potrzebę żywszego udziału członków Towarzystwa w takich instytucjach użyteczności publicznej, jak Kasa im. Mianowskiego i Macierz Polska.

W sprawie uwag Dra Kuczewskiego o „Walce z gruźlicą w Polsce". Pol. Gaz. lek. str. 751. Nr. 48 z r. b.

Na marginesie sprawozdania z 4-ego międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego twierdzi dr. Kuczewski co następuje:

»Inicjatywa i zainteresowanie społeczeństwa naszego walką z gruźlicą obecnie zanikły, tak, że w tym kierunku wyręczyć nas musi rząd. Działalność na terenie walki z gruźlicą niemal zamarła. Towarzystwa prowincjonalne z wyjątkiem Łodzi nie dają znaku życia o sobie, a jeżeli żyją to resztką sił przedwojennych«. Jako ratunek radzi autor, by Warszaw. Tow. Higjeniczne dało inicjatywę do stworzenia związku przeciwgruźliczego państwowego.

Ponieważ te twierdzenia nie zgadzają się z istniejącym stanem rzeczy, należy je sprostować. Akcja zwalczania gruźlicy tak u nas, jak i na całym świecie z powodu stosunków powojennych niewątpliwie osłabła, z pewnemi jednak wyjątkami na terenie Polskim, n. p. Lwów, gdzie działalność jest obecnie bodaj, że intenzywniejszą, jak przed wojną. Mimo trudnych warunków wszystkie Towarzystwa przeciwgruźlicze w Polsce są czynne, a do zupełnie dobrze i intenzywnie pracujących oprócz Łodzi, jak mi wiadomo zaliczyć należy Warszawę i Lwów. Instytucje te wszystkie utrzymuje nie rząd, który, zdaniem Dr. Kuczewskiego, ma wyręczać społeczeństwo, ale właśnie społeczeństwo mimo ogólnej biedy w kraju.

Nie należy więc być takim pesymistą i patrzeć na Polskę przez okulary stosunków w Zakopanem, twierdzić, że nigdzie niczego niema, bo... w Zakopanem poradnię zamknięto i Bratnia Pomoc ma widocznie niedołężny zarząd, nie mogący dać sobie rady z prowadzeniem Sanatorjum.

Patrząc na akcję n. p. we Lwowie, gdzie Sanatorjum w Hołosku odnowiono kosztem 16 tys. złp. (łóżek 50 w lecie, w zimie 25), gdzie w przychodni pracuje 8 lekarzy, a ruch dzienny wynosi około 40 chorych (patrz sprawozdanie cyfrowe okresowo umieszczane w Polskiej Gazecie lekarskiej), gdzie nabyto 2 lampy kwarcowe, otwarto stałe 2 kolonje letnie, gdzie setki, a nawet tysiące złp. zbiera się miesięcznie na cele walki z gruźlicą, stwierdzić musimy, że wprawdzie to wszystko jest kroplą w morzu, ale społeczeństwo wcale nie jest tak obojętne, należy je tylko rozruszać i do przekonania mu przemówić.

W końcu Związek przeciwgruźliczy już istnieje, zarząd tymczasowy jest wybrany, Prezesem zarządu jest dr. Wroczyński, generalny dyrektor zdrowia, a zarząd tymczasowo mieści się w Generał. Dyr. Służby Zdrowia w Warszawie. Zjazd zaś przeciwgruźliczy odbędzie się z początkiem roku przyszłego.

Na Zjazd więc w Waszyngtonie pojadą reprezentanci związku przeciwgruźliczego.

Uwagi niniejsze umieszczamy jedynie z tego powodu, by stwierdzić, że, chociaż na tym terenie jeszcze bardzo mało zdziałano, jednakże się działa i pracuje.

Lesław Węgrzynowski.

XI. Kongres pedjatrów włoskich.

(Medjolan, 22–25 października 1924).

Ostatni kongres pedjatrów włoskich w Medjolanie jest dowodem żmudnej i owocnej pracy we wszystkich dziedzinach pedjatrji. Zwłaszcza wyniki badań w zakresie chorób zakaźnych stanowią ważny krok naprzód.

Jest rzeczą niemożliwą w tem miejscu streścić wszystkie wygłoszone referaty, ograniczę się więc do podania treści prac ważniejszych.

Festalozza C. (Medjolan): **O odżywianiu niemowląt.** Referent omawia najważniejsze kwestje w odżywianiu dzieci i kładzie główny nacisk na odżywianie pod względem jakościowym. Za najkorzystniejszy stosunek uważa następujący: połowa węglowodanów, jedna trzecia tłuszczów, reszta białko. Niemowlęta reagują rozmaicie na poszczególne składniki pokarmu, ref. jest zdania, że powinno się unikać schematów i należy oznaczać w poszczególnych przypadkach granicę asymilacji.

Frontali G. (Florencja): **O zawartości witaminy A (t. j. rozpuszczalnej w tłuszczach) w oliwie.** Wbrew ogólnie przyjętemu mniemaniu badaczy, zwłaszcza amerykańskich, twierdzi ref. na podstawie bardzo dokładnych badań, że oliwa zawiera, w mniejszej wprawdzie ilości aniżeli masło, witaminę A i że nie traci jej przy gotowaniu. Można ją więc stosować w odżywianiu niemowląt.

Berghinz C. (Padwa): **O prawidłowej konstytucji w wieku dziecinnym.** Ref. omawia rozmaite metody, stosowane przy badaniu konstytucji; za bardzo dobrą uważa metodę Violi.

Na podstawie bardzo dokładnych badań antropometrycznych (1000 przypadków w wieku od 1—11 roku życia) podaje cechy charakterystyczne przeciętnego typu dziecka w Padwie w rozmaitych okresach rozwoju.

Nasso I. (Neapol): **Płeć a konstytucja w wieku dziecięcym.** Wyniki własnych badań nad związkiem między płcią a konstytucją dzieci w ostatnich 10. latach w klinice pedjatrycznej w Neapolu (50.000 przypadków). Jest rzeczą ogólnie stwierdzoną, że w stosunku na 100 dzieci płci żeńskiej, rodzi się przeciętnie 106 dzieci płci męskiej; na 100 nieżywo urodzonych dzieci płci żeńskiej przypada 130 płci męskiej, na 100 poronień żeńskich 160 poronień męskich. Widoczna więc przewaga płci męskiej.

Rozwój dzieci płci męskiej przedstawia się atoli w pierwszych okresach życia o wiele niekorzystniej, aniżeli rozwój dzieci płci żeńskiej. W Neapolu wynosi stosunek śmiertelności oseskòw w pierwszym roku życia na 100 żeńskich 115 męskich.

Pierwsze zęby występują wcześniej u niemowląt płci żeńskiej, dzieci płci żeńskiej zaczynają też wcześniej mówić.

Rozwój psychiczny jest w pierwszych latach, jakoteż w okresie pokwitania wybitniejszy u dzieci płci żeńskiej.

U dzieci płci męskiej występują częściej guzy, zniekształcenia wrodzone, żółtaczka noworodków, białaczka, tężyczka, u dzieci płci żeńskiej, natomiast pląsawica, zaburzenia w funkcji tarczycy, zapalenie miedniczek nerkowych. Lepsze warunki rozwoju u dzieci płci żeńskiej przypisuje autor wybitniejszemu działaniu hormonów matki na ustrój niemowlęcy żeński, aniżeli na męski.

Caronia G. (Rzym): **O etjologji płonicy.** Łańcuszkowce nie są właściwemi zarazkami płonicy, występują one tylko równocześnie z niemi. Także opisane przez niektórych badaczy wtręty w ciałkach białych, nie mają żadnego znaczenia etjologicznego. W roku 1919 opisał di Cristina po raz pierwszy mikrokoki szkarlatyny, wyhodowane w specjalnych pożywkach Tarozzi-Noguchiego bez dostępu powietrza.

Temuż autorowi udało się także uzyskać szczepionkę uodporniającą przeciw płonicy. W roku 1923 przeprowadza autor wraz z M. Siudonim dalsze badania w tym kierunku, które stwierdzają wyniki di Cristiny.

Ref. przytacza następujące dowody: stałą obecność zarazków, opisanych przez di Cristinę i Caronię u chorych na szkarlatynę, brak ich w innych chorobach, możliwość ich wyhodowania w całym szeregu generacji, fakt wywołania szkarlatyny u zwierząt i u ludzi zapomocą kultury zarazków di Cristiny i Caronii, dodatni wynik prób serologicznych. Dalej wspomina ref. o specyficznej reakcji śródskórnej de Villi i o wynikach uodparniania przeciw płonicy. Z 4000 dzieci, u których istniała możność zarażenia się, i u których została zastosowana zapobiegawczo szczepionka przeciwpłonicza, zachorowało zaledwie 10; przebieg choroby u tych dzieci był lekki. Wyniki uodparniania zapobiegawczego zostały potwierdzone przez autorów włoskich, francuskich i węgierskich. Ref. omawia też w krótkich słowach badania swoje i swoich uczniów nad innemi chorobami zakaźnemi.

De Villa (Rzym) ogłasza wyniki swego **odczynu śródskórnego, wykonanego zapomocą antigenu szkarlatyny 1 odry.** Odczyn ten jest dodatni w przeważnej części dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, o ile nie przebyły płonicy lub odry rzadko natomiast u oseskòw. Jest on ujemny podczas trwania choroby, u ozdrowieńców, jakoteż przez długi czas po przebyciu choroby u dzieci, u których zastosowano zapobiegawczo szczepionkę przeciwpłoniczą lub przeciwodrową i przeważnie u oseskòw w pierwszych miesiącach życia. Odczyn ten, wykonywany zapomocą unieszkodliwionej kultury płoniczej względnie odrowej, porównuje ref. z odczynem śródskórnym Schicka przy błonicy i przypisuje mu wielkie znaczenie w uodparnianiu zapobiegawczem.

O badaniach nad innemi chorobami zakaźnemi wygłaszają referaty między innemi:

Ritossa (Rzym): **O rubeoli.**

Mallardi (Bari): **O durze brzusznym w pierwszych latach życia.**

Auricchio (Neapol): **O badaniach nad etjologją ospówki** (*varicelle*).

Misasi (Rzym): **O leczeniu choroby Heine-Medin'a i zapalenia nagminnego mózgu zapomocą specyficznej szczepionki.**

Raspi M. (Pisa): **O instytucjach, szerzących higjenę wśród młodzieży szkolnej.** Ref. omawia choroby, występujące specjalnie w wieku szkolnym, jakoto: zaburzenia na tle nerwowem, niedokrewność i przypisuje je niedomaganiom szkoły. Potrzebną jest więc reforma w tym kierunku. Wielką rolę w rozwoju fizycznym i duchowym odgrywają rozmaite instytucje, głównie kolonje na wsi, w górach i nad morzem, szkoły na wolnem powietrzu, ostatnie zwłaszcza dla dzieci gruźliczych.

Uczestnicy kongresu uchwalili rezolucję, w której zwracają uwagę Ministerstwa Oświaty na znaczenie higjeny szkolnej dla rozwoju dziecka.

Następny kongres pedjatrów włoskich odbędzie się w r. 1926 w Neapolu. Dr. *Redlich.*

Sprawy zawodowe.

Dr. MOSZKOWICZ. Lwów.

Ubezpieczenie lekarzy na wypadek choroby i ubezpieczenie pensyjne przy Izbie lekarskiej lwowskiej.

Myśl utworzenia instytucji samopomocy, polegającej na ubezpieczeniu, powstała w Izbie lwowskiej już w pierwszych latach po utworzeniu Izb w dawnej Austrji. Była ona wynikiem stosunków, z któremi Izba bezpośrednio się stykała: do Izby zgłaszali się często lekarze z prośbą o zapomogi doraźne, a wdowy po lekarzach stały się jej stałemi klijentkami, liczba ich ustawicznie wzrastała. Także obecnie niema miesiąca, aby do Zarządu Izby lwowskiej nie wpłynęło jedno albo i kilka podań wdów o pomoc. Doświadczenie dawnej Izby wskazywało, że przyczyną choćby krótkotrwałej nędzy owych lekarzy były dłużej trwające choroby, szybko wyczerpujące szczupłe oszczędności, a jako przyczynę nędzy wdów — brak przewidującej gospodarki u znacznej części lekarzy. Żyło się dostatnio, bo się zarabiało, ale »Maciek zrobił, Maciek zjadł«, a jak Maćka nie stało, wystąpiły braki. Ubezpieczonych na życie lekarzy było wtedy ledwie 20%.

Zapomogi udzielane ze szczupłych funduszów Izby miały charakter jałmużny, co przecież nie może odpowiadać godności stanu. W tych warunkach powstała w r. 1903 pierwsza w Austrji Kasa Chorych lekarzy przy Izbie lwowskiej, do której w najlepszych czasach, i to po przyłączeniu się do niej także Izby krakowskiej, należało nieco ponad stu członków, naturalnie dobrowolnych. Jeżeli przeglądniemy listę tych dobrowolnie ubezpieczonych, uderzyć musi fakt, że większość — to lekarze o silniejszych podstawach finansowych, którzy widocznie to ubezpieczenie uważali za równie ważne, jak ubezpieczenie od ognia i t. p., podczas gdy druga część, znacznie mniejsza, to lekarze, dla których właśnie tego rodzaju ubezpieczenie nieraz było deską ratunku. W czasie od 1903 do 1914 roku Kasa chorych wypłaciła blisko 100.000 koron złotych przy stawce 8 koron dziennie, z czego wypadało przeciętnie ponad 100 koron na jeden wypadek. Liczby to nikłe — dziś! Wtedy jednak przedstawiały wartość realną.

W dalszym rozwoju myśli ubezpieczeniowej powstało w r. 1918 przy Izbie lwowskiej ubezpieczenie pensyjne wdów po lekarzach, które zyskało w całości aż 40 członków dobrowolnych. Że ta instytucja poronionem była dziełem mimo mozolnej, a długoletniej pracy przygotowawczej, tłumaczy czas jej powstania w okresie wojny światowej.

Z powyższego jest widocznem, że mimo, iż zasada ubezpieczenia w świecie kulturalnym oddawna uważaną jest za bardzo ważny czynnik, w naszych warunkach, tak samo jak ubezpieczenie od ognia, może dopiero wtedy osiągnąć cel, a więc objąć wszystkich, którzy mają być ubezpieczeni, gdy to ubezpieczenie będzie przymusowe. O to dawny Wydział Izby lwowskiej wiele lat przed wojną bezskutecznie zabiegał, bo nie mógł uzyskać zgody rządu zaborczego. Sprawę tę załatwiła dopiero Ustawa polska o Izbach lekarskich z grudnia 1921 r.; korzystając z art. 4 tej ustawy, pełna Rada Izby zaraz po ukonstytuowaniu się w styczniu 1923 r. przyjęła jednomyślnie wniosek o ubezpieczeniu obowiązkowem — czem okazała, jak wielkie mu przypisuje znaczenie. Niestety czasy powojenne, potem inflacja, tak skorumpowały stosunki, że przestało się myśleć o oszczędzaniu, a tem mniej o ubezpieczeniu się.

Zarząd Izby sądził, że obecnie jednak już nadszedł czas, by sięgnąć do dawnych doświadczeń; po zlikwidowaniu więc dawnej Kasy chorych wykonał uchwałę pełnej Rady, wprowadzając z dniem 1. kwietnia 1924 ubezpieczenie obowiązkowe na wypadek choroby. Większa część członków Izby, bo więcej, niż